

Warszawa, 26 listopada 2021 r.

CML/0364/11/2021/BO/BR

Pan
Sławomir Gadomski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Dotyczy: uwag do projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej

Szanowny Panie Ministrze,

nowotwory złośliwe stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Problem ten niestety narasta z uwagi na trwającą pandemię i ograniczenia dostępności do świadczeń.

Pracodawcy RP popierali i popierają zmiany organizacyjne, które przyczyniają się do poprawy organizacji opieki oraz dostępności do świadczeń, jak również do poprawy alokacji zasobów finansowych. Widzimy również potrzebę tworzenia rozwiązań w zakresie opieki koordynowanej i kompleksowej. Mieliśmy też nadzieję, że po zakończeniu aktualnie realizowanego przez resort zdrowia pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej będzie przestrzeń na analizę jego realizacji oraz debatę publiczną, która pozwoli zdecydować o kształcie przyszłych rozwiązań w obszarze opieki onkologicznej. **Z przykrością jednak musimy stwierdzić, iż zaproponowany w trakcie trwania pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej wzbudza całą masę kontrowersji, jak również zaprzecza idei samego pilotażu.** Warto w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z założeniami Pilotażu zapisanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. poz. 2423, z późn. zm.) ocena opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej miała przebiegać w oparciu o 35 mierników oraz 13 wskaźników. Bez analizy doświadczeń wyniesionych z pilotażu nie da się tworzyć zmian w systemie organizacji opieki, a szczególnie w tak trudnym obszarze, jakim jest onkologia.

Liczymy na to, że zaplanowana na dzień 29 listopada 2021 r. dyskusja na temat Pilotażu KSO w ramach posiedzenia Doraźnego Zespołu Problemowego ds. Ochrony Zdrowia Rady Dialogu Społecznego dot. „Informacji o Pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej”, stanowi dopiero wstęp do dyskusji nad przyszłym kształtem polskiej onkologii.

Natomiast szczegółowa analiza rozwiązań prawnych zaproponowanych w przedmiotowym projekcie ustawy pozwala na sformułowanie następujących **uwag o charakterze ogólnym**:

- 1) Ustawa o KSO (w szczególności art. 4) jest sprzeczna z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez ograniczenie możliwości wyboru miejsca diagnostyki i leczenia.
- 2) Ustawa o KSO (w szczególności art. 4) jest sprzeczna z art. 2; art. 4 oraz art.30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ponieważ odbiera możliwość realizowania diagnostyki i leczenia nowotworów lekarzom udzielającym świadczeń w podmiotach, które nie zostaną zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej., a także z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z którym lekarz POZ w ramach koordynacji, o której mowa w art. 4, inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, zwanego dalej „świadczeniodawcą”, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
- 3) Ustawa o KSO (w szczególności art. 4) jest sprzeczna z art. 5 ust. 5 oraz art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ponieważ ogranicza zakres prowadzonej diagnostyki i leczenia w podmiotach, które nie zostały zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej.
- 4) Ustawa o KSO (w szczególności art. 4) niesie ogromne ryzyko drastycznego ograniczenia pacjentom dostępności do świadczeń diagnostyki i leczenia nowotworów w wyniku odebrania możliwości udzielania tego typu świadczeń podmiotom, które nie zostaną zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej. Ponadto Ustawa o KSO nie przewiduje finansowania ogromnej liczby świadczeń w ramach:
 - a) profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Ministra Zdrowia,
 - b) profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ,
 - c) świadczeń odrębnie kontraktowanych,
 - d) rehabilitacji leczniczej,
 - e) opieki długoterminowej,
 - f) opieki paliatywnej i hospicyjnej,
 - g) leczenia stomatologicznego
 - h) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze- pomimo że stanowią one integralne elementy kompleksowej opieki onkologicznej.

Poniżej Pracodawcy RP przedstawiają **uwagi szczegółowe** do poszczególnych artykułów przedmiotowego projektu:

Art. 2 pkt 1) Centrum Kompetencji – ośrodek znajdujący się w strukturze Specjalistycznego Ośrodka Leczenia Onkologicznego, zwanego dalej „SOLO”, wyspecjalizowany w diagnostyce

i leczeniu określonego rodzaju nowotworu lub grupy nowotworów, zapewniający kompleksową realizację procesu diagnostyczno-terapeutycznego i monitorowania, w ramach którego jest realizowana wielospecjalistyczna opieka nad świadczeniobiorcą, mający na celu dostosowanie poziomu interwencji do poziomu problemu zdrowotnego, spełniający warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773 i 1834), w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 i 3 tej ustawy;

UWAGA:

- takie brzmienie stoi w sprzeczności z tzw. rozporządzeniami koszykowymi dotyczącymi leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji zawierającymi zapisy w sprawie kompleksowej opieki onkologicznej w poszczególnych typach nowotworów. Dualizm prawny w tym zakresie spowoduje chaos i problemy formalno-prawne.

Art. 2 punkt 10) Ośrodek Satelitarny – jednostkę organizacyjną:

- a) w strukturze organizacyjnej SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu, bezpośrednio nadzorowaną i zarządzaną przez SOLO II poziomu albo SOLO III poziomu, albo
- b) zorganizowaną w ramach innego podmiotu leczniczego na podstawie umowy z SOLO II poziomu, albo SOLO III poziomu, zlokalizowaną na obszarze tego samego województwa;

UWAGA:

- takie brzmienie lit. b oznacza konieczność tworzenia i rejestrowania w RPWDL komórek własnych SOLO II lub SOLO III na terenie obcego podmiotu co jest w wielu przypadkach albo nierealne albo drastycznie skomplikowane z uwagi na:

- wymagania ustawy o działalności leczniczej,
- wymagania sanitarno-epidemiologiczne,
- wymagania ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (własna apteka lub dział farmacji Szpitalnej w każdej lokalizacji)
- dostęp do systemów informatycznych (w szczególności HIS, RIS, LIS etc.)
- umowy na odbiór odpadów medycznych,
- gospodarkę lekiem,
- BHP,
- wiele innych.

W uzasadnieniu do projektu znajduje się następujący zapis:

„Ośrodek Satelitarny stanowi część zasobów SOLO III poziomu albo SOLO II poziomu albo ma podpisaną umowę o współpracy z SOLO III poziomu albo SOLO II poziomu i jest zlokalizowany na obszarze tego samego województwa.” Taki zapis wskazuje, że ośrodkiem satelitarnym może być nie odrębny podmiot a wyłącznie jego komórka organizacyjna (poradnia, oddział,

pracownia ?) w oparciu o zawartą stosowną umowę. Należy podkreślić, że takie brzmienie zapisów projektu generuje poważne wątpliwości interpretacyjne i wymaga szczegółowego doprecyzowania opartego o pragmatyczną wykładnię realnych sposobów realizacji celu, który przyświecał autorom takiej konstrukcji.

Art. 2 punkt 11) plan leczenia onkologicznego - dokument sporządzony, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z uwzględnieniem zestawienia kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwych dla nich mierników oceny jakości oraz ścieżek pacjenta w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie nowotworów, o których mowa w art. 11 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na potrzeby określenia indywidualnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną, któremu są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, zawierający dane, o których mowa w art. 25 ust. 4 pkt 1;

UWAGA:

- brak takiego punktu w art. 25 ust. 4
- plan leczenia nie jest de facto planem leczenia a planem diagnostyki i leczenia co oznacza, że musi zostać sporządzony indywidualnie dla każdego pacjenta poddawanemu choćby wyłączenie diagnostyce do czasu potwierdzenia lub wykluczenia nowotworu. Oznacza to irracjonalny wymóg sporządzania takiego dokumentu dla pacjenta kierowanego na bronchoskopię lub kolonoskopię diagnostyczną, które to badania będą jedynymi na ścieżce postępowania w przypadku wykluczenia zmian nowotworowych po ich wykonaniu. Należy przypuszczać, że takie wymagania będą nagminnie ignorowane co będzie miało 100% uzasadnienie merytoryczne z punktu widzenia klinicznego.

Art. 2 punkt 14) poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej - potencjał wykonawczy SOLO i Ośrodków Kooperacyjnych, uwzględniający w szczególności liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostycznoterapeutyczne w określonej dziedzinie medycyny, zapewniające łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych;

UWAGA:

- teoretyczna dostępność personelu oraz sprzętu w danym podmiocie nie jest równoważna z oczywistą dostępnością tych zasobów dla pacjentów diagnozowanych i leczonych z powodu nowotworów. Dla przykładu aparat TK lub chirurg posiadający kompetencje do realizacji procedur ECPW lub EUS w dużym szpitalu klinicznym lub wielospecjalistycznym wojewódzkim nie koniecznie są dedykowani wyłącznie potrzebom onkologii więc ustalanie takich parametrów ilościowych i jakościowych jest próbą przeregulowania rynku.

Art. 4. 1. Wyłącznie podmioty lecznicze wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej są uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej finansowanych ze środków publicznych w zakresie onkologii dorosłych.

UWAGA:

Ograniczenie udzielania świadczeń w zakresie opieki onkologicznej tylko do podmiotów leczniczych wchodzących w skład KSO jest niezgodne z przepisami co najmniej:

- a) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- b) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- c) ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
- d) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Takie regulacje zaburzają drastycznie cały obecny system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego realizowane są we wszystkich rodzajach świadczeń (POZ, AOS, ASDK, leczenie szpitalne, programy profilaktyczne, rehabilitacja, opieka długoterminowa, opieka hospicyjna, świadczenia odrębnie kontraktowane – PET, stomatologia). Wprowadzenie ograniczenia finansowania świadczeń ze środków publicznych wyłącznie do podmiotów w KSO spowoduje, że pacjenci z podejrzeniem choroby nowotworowej nie będą przyjmowani przez podmioty spoza KSO a uzasadnieniem takiego niedopuszczalnego w normalnych warunkach postępowania będzie Ustawa o KSO !. Dramatycznie ograniczy to pacjentom dostęp do świadczeń. Z drugiej strony podmiot, który udzieli świadczenia pacjentowi pierwotnie bez podejrzenia nowotworu i go wykryje lub usunie albo zapewni pomoc pacjentowi onkologicznemu nie otrzyma za to zapłaty – patrz art. 24 projektu. Spowoduje to lawinę roszczeń w stosunku do płatnika publicznego i narazi na ogromne perturbacje prawne. Ponadto projekt łamie ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w przypadku tych lekarzy, którzy będą wykonywali swój zawód w podmiotach lub komórkach organizacyjnych niewłączonych do KSO – nie będą mieli prawa do diagnozowania i leczenia nowotworów niezależnie od posiadanych kompetencji i doświadczenia. Osoby te będą narażone na pozwy i roszczenia odszkodowawcze ze strony pacjentów i ich rodzin/spadkobierców – w ten sposób, że niewłaściwie, w niepełny sposób zajęli się rozpoznaniem choroby u pacjenta i jego leczeniem.

Art. 7. 1. SOLO III poziomu jest podmiotem leczniczym realizującym, w lokalizacji, wszystkie procedury diagnostyczno-terapeutyczne, zgodnie ze ścieżką pacjenta, w odniesieniu do większości nowotworów i stopni ich zaawansowania oraz zajmującym się leczeniem przypadków trudnych klinicznie.

UWAGA:

W Polsce nie istnieje ani jeden podmiot leczniczy spełniający taką definicję. Należy podkreślić, że wszystkie podmioty lecznicze korzystają z większej lub mniejszej ilości podwykonawców lub ośrodków współpracujących, które zapewniają niedostępne lokalnie usługi lub procedury (specjalistyczne badania laboratoryjne, diagnostykę molekularną, diagnostykę obrazową – np. PET-CT lub scyntyografię, diagnostykę inwazyjną – EUS, EBUS, radiologię interwencyjną, termoablacje, leczenie neurochirurgiczne, wybrane procedury radioterapeutyczne – gama-knife, cyber-knife, brachyterapia, terapia izotopowa, leczenie ortopedyczne patologicznych złamań w obrębie przerzutów do kości lub nowotworów pierwotnych kości, indywidualne zaopatrzenie protetyczne i wiele innych)

Art. 7. 2.1) SOLO III poziomu:

1) organizuje wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w SOLO III poziomie oraz dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w SOLO I poziomie, w miejscu udzielania świadczeń przez SOLO I poziomu lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;

UWAGA:

Ta regulacja pozostaje w sprzeczności z art. 5 ust. 2 pkt 1 : SOLO I poziomu:

1) zapewnia świadczeniobiorcom wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne pod nadzorem SOLO III poziomu;

Art. 9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalne kryteria warunkujące przynależność danego podmiotu leczniczego określonego w art. 3 ust. 2 do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, uwzględniając liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno-terapeutyczne w określonej dziedzinie medycyny, zapewniające odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych, liczbę świadczeniobiorców, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, oraz liczbę wykonywanych procedur medycznych w określonych zakresach.

UWAGA:

Ta regulacja daje MZ zbyt duże kompetencje do określania dodatkowych warunków, które muszą spełnić podmioty kwalifikowane do KSO. Można stwierdzić, że w praktyce kryteria określone w art. 5, 6 i 7 ustawy mogą być martwe, bo w rzeczywistości to nie Ustawa o KSO, a dopiero rozporządzenie określi faktyczne wymagania do podmiotów. Poza tym nie ma w ustawie żadnych zapisów pozwalających na stosowanie okresu dostosowawczego dla tych podmiotów. Takie rozwiązanie jest także niekonstytucyjne w kontekście jej art. 92 ust. 1 i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym akt wykonawczy służy wykonaniu ustawy, a nie jej uzupełnieniu, i nie mogą być do jego regulacji przekazane sprawy zasadnicze, a za taką należy uznać minimalne kryteria.

Art. 14. ust 6. W przypadku niespełnienia poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej, o których mowa w ust. 2 lub 3, podmiot leczniczy zakwalifikowany do Krajowej Sieci Onkologicznej ma obowiązek opracować w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez podmiot informacji, o której mowa w ust. 5, plan naprawczy Krajowej Sieci Onkologicznej, zawierający analizę przyczyn niespełnienia poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej, opis i przegląd planowanych środków naprawczych, harmonogram wdrożenia planu naprawczego, który podlega zatwierdzeniu przez Radę.

UWAGA:

Zapis jest zbyt rygorystyczny. Prawdopodobne jest, że MZ określi bardzo obszerny katalog wskaźników jakości opieki onkologicznej (przykłady tego mamy już w KON-PIERŚ, KON-JELITO, pilotażu KSO). Na pewno część z nich nie będzie spełniana przez świadczeniodawców (zapewne niektóre z założeń będą nieosiągalne lub niemożliwe do prawidłowego wyliczenia). Taki zapis spowoduje, że gdy podmiot nie spełni tylko 1 wskaźnika lub miernika i nie uda się doprowadzić do jego osiągnięcia w ramach planu naprawczego będzie to podstawą do obligatoryjnego wykreślenia podmiotu z KSO.

Art. 19 ust 3. Minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie opinii Rady, określi w drodze rozporządzenia, wykaz WOM, uwzględniając jakość i kompleksowość realizowanych przez te podmioty świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich zasoby niezbędne do monitorowania jakości opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie danego województwa.

UWAGA:

Rada, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą MZ i Prezesa NFZ, nie jest podmiotem, który może współuczestniczyć w wydawaniu rozporządzenia, Takie rozwiązanie jest niezgodne z Konstytucją RP.

Art. 21 ust. 2 pkt 6 lit. e i e Sprawozdawanie jednostkowych danych medycznych o aktualnym i planowanym wykorzystaniu zasobów, skuteczności opieki onkologicznej.

UWAGA:

W jaki sposób te dane mają być tworzone oraz później wykorzystane? W jaki sposób ośrodek nadzorujący ma wykorzystywać wiedzę o wykorzystaniu zasobów ośrodków KSO? Ocena skuteczności opieki onkologicznej w systemach ochrony zdrowia na całym świecie mierzy się głównie wskaźnikami PFS (czasu wolny od progresji choroby); DFS (czasu wolnego od choroby) i OS (przeżycie całkowite). To są wskaźniki skuteczności powszechnie stosowane w terapii onkologicznej. W przypadku posiadania pełnej bazy pacjentów takie dane powinny być tworzone na poziomie KOM. Pojedyncze ośrodki nie będą mogły przedstawić takich kompleksowych danych.

Art. 21 ust. 5. Podmioty lecznicze wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej udostępniają sobie wzajemnie dokumentację medyczną pacjenta w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych udzielanych temu pacjentowi w ramach opieki onkologicznej.

UWAGA:

W jaki sposób ta wymiana miałyby być realizowana? Czy kanałem wymiany będą dopiero raczkujące Zdarzenia Medyczne i dokumenty EDM indeksowane w SIM (P1) ? Istnieje ryzyko, że zapisy będą albo martwe albo wymiana będzie opierać się o papierową wersję dokumentacji ze wszystkimi konsekwencjami logistycznymi i finansowymi. Co z SWD PRM, do którego nie wszyscy mają dostęp (np.: nie SOR-y).

Art. 22.ust. 2. W skład Rady wchodzi 15 członków:

UWAGA:

W składzie Rady powinien znaleźć się specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Radiologia, oprócz patomorfologii jest podstawową dziedziną włączoną w diagnostykę i monitorowanie terapii.

Rozdział 5

Art. 24

UWAGA :

W regulacji pominięto zupełnie finansowanie świadczeń realizowanych w KSO w następujących rodzajach i zakresach:

- a) Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez MZ,
- b) Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez NFZ,
- c) Świadczenia odrębnie kontraktowane,
- d) Rehabilitacja lecznicza,
- e) Opieka długoterminowa,
- f) Opieka hospicyjna,
- g) Leczenie stomatologiczne,
- h) Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Art. 24 ust. 5. Wysokość ryczałtu dla KOM i WOM, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, wynosi rocznie nie więcej niż 2 400 000 zł dla KOM i 800 000 zł dla WOM.

UWAGA:

Wysokość ryczałtu powinna być co najmniej ustawowo korygowana wskaźnikiem inflacji.

Art. 26

ust. 3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej

diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

UWAGA:

Projekt powiela martwe zapisy zawarte obecnie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ani ośrodki prowadzący leczenie onkologiczne ani tym bardziej lekarz POZ nie są zainteresowani sporządzeniem i przekazaniem kompletnej „kopii dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego”. Jest oczywiste, że ilość dokumentacji wytwarzanej w trakcie terapii jest ogromna a jej kopiowanie w pełnym zakresie zgodnie z ustawą jest praktycznie niewykonalne, niecelowe i gdyby taki silos dokumentów i płyt z zapisami badań obrazowych został dostarczony do lekarza POZ ten miałby dramatyczny problem z przechowywaniem tej dokumentacji zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami. Wskazane jest ograniczenie zakresu dokumentacji do kopii karty DiLO oraz epikryzy zbiorczej. Projektowane przepisy są bezcelowe, generują ogromne koszty i prowokują do zaniechania ich przestrzegania.

Art. 36 oraz art. 37

UWAGA:

Należy zawrócić uwagę na wysokie prawdopodobieństwo braku jakiegokolwiek korelacji formalno-prawnej oraz czasowej projektowanej ustawy z realiami sieci szpitali i umów PSZ oraz pozostałych umów we właściwych rodzajach i zakresach świadczeń. KSO stanie się irracjonalnym i odrębnym bytem prawnym oraz finansowym nieskorelowanym zupełnie z pozostałymi elementami systemu OZ. Będzie to źródłem ogromnego bałaganu organizacyjnego, prawnego, oraz przyczyni się do destrukcji logiki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce.

Art. 39. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UWAGA:

Ze względu na zakres zmian, Ustawa o KSO powinna mieć znacznie dłuższą *vacatio legis* (co najmniej pół roku).

Podsumowując – należy stwierdzić, że projekt ten stanowi poważne zagrożenie dla stabilności systemu ochrony zdrowia, szczególnie w sytuacji ogromnych problemów wynikających z wciąż trwającej pandemii.

Pracodawcy RP wyrażają opinie, iż przygotowane rozwiązania prawne budzą olbrzymie wątpliwości pod względem rzetelności legislacyjnej, jak również rzetelności merytorycznej, celowości i zgodności z innymi przepisami prawa.

Tak przygotowane rozwiązania prawne będą niestety skutkować ograniczeniem dostępności do świadczeń.

Pozwalamy sobie zasugerować rezygnację z kontynuacji prac nad tym projektem, przynajmniej do czasu zakończenia pilotażu i rzetelnej oceny jego skutków. Na chwilę obecną proponujemy skoncentrować dalsze działania legislacyjne na poprawie wadliwie działających programów kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z rakiem piersi i jelita grubego oraz tworzeniem kolejnych programów w pozostałych typach nowotworów.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezydent Pracodawców RP



Dr Andrzej Mądrała