SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-143-22

Druk nr 2722

Warszawa, 25 października 2022 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Z poważaniem

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Projekt

U S T A W A

z dnia

o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa zasady działania Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, zwanego dalej „Instytutem”.

Art. 2. 1. Instytut jest państwowym instytutem badawczym w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498).

2. Instytut posiada osobowość prawną.

3. Siedzibą Instytutu jest miasto stołeczne Warszawa.

4. Instytut ma prawo używania pieczęci urzędowej w rozumieniu przepisów o symbolach państwowych Rzeczypospolitej Polskiej.

5. W stosunkach z zagranicą Instytut może posługiwać się swoją nazwą w tłumaczeniu na języki obce.

6. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do Instytutu stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

7. Połączenie, podział, reorganizacja, przekształcenie i likwidacja Instytutu może nastąpić w drodze ustawy.

Art. 3. Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia przez wykonywanie działalności leczniczej, o której mowa w art. 3 ust. 1–3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079).

Art. 4. Działalnością Instytutu jest również:

1) określanie i opracowywanie standardów opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;
2) określanie i opracowywanie standardów postępowania medycznego na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, w szczególności zdarzeń o charakterze terrorystycznym w rozumieniu ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r.

o działaniach antyterrorystycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2234 oraz z 2022 r. poz. 583 i 655), zdarzeń, w których występuje więcej niż jedna osoba poszkodowana potrzebująca natychmiastowej pomocy medycznej lub w wyniku których duża liczba osób doznaje poważnych obrażeń, a także związanych ze stanami nadzwyczajnymi;

3) prowadzenie działalności konsultacyjnej na rzecz podmiotów leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

4) prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych i usługowo-badawczych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dotyczących bezpieczeństwa wewnętrznego państwa z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;

5) przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych określonych w pkt 4 do potrzeb praktyki;

6) wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych określonych w pkt 4;

7) opracowywanie analiz, ocen, ekspertyz i standardów diagnostyczno-leczniczych mających zastosowanie w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa;

8) rozwój naukowy i kształcenie specjalistyczne kadr medycznych, w tym dla potrzeb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, w szczególności kształcenie podyplomowe, w tym specjalizacyjne oraz ustawiczne, prowadzenie studiów podyplomowych oraz szkoły doktorskiej, a także inne formy kształcenia na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, z późn. zm.[1)]);

9) prowadzenie badań naukowych oraz prac wdrożeniowych w zakresie informatyzacji, innowacji cyfrowych, nowych technologii medycznych oraz modeli usług medycznych, przewidzianych do wykorzystania w obszarze cywilnym oraz dla potrzeb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;

10) prowadzenie badań klinicznych;

11) inicjowanie i rozwijanie współpracy krajowej i międzynarodowej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;

12) prowadzenie działalności w zakresie medycyny pracy, w tym w szczególności wykonywanie zadań z zakresu służby medycyny pracy w odniesieniu do funkcjonariuszy

---

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 583, 655, 682, 807, 1010, 1079, 1117 i 1459.

i pracowników Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa lub innych jednostek organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej lub przez nich nadzorowanych;

13) nadawanie stopni naukowych doktora i doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;
14) prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej;
15) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Art. 5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych lub za zgodą ministra właściwego do spraw wewnętrznych wojewoda właściwy ze względu na siedzibę Instytutu może nałożyć na Instytut obowiązek wprowadzenia do jego planu działalności zadania lub wyznaczyć zadanie poza planem, zgodnie z zakresem działania Instytutu, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby obronności i bezpieczeństwa publicznego lub ministrowi nadzorującemu została powierzona realizacja zadania na podstawie art. 10c ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2022 r. poz. 1188). W przypadkach, o których mowa powyżej, minister nadzorujący, właściwy minister kierujący działem administracji rządowej lub Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zapewniają Instytutowi środki do wykonania zadania, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy ze stroną finansującą wykonanie zadania.

Art. 6. 1. Nadzór nad Instytutem sprawuje minister właściwy do spraw wewnętrznych.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych jest ministrem nadzorującym w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Art. 7. 1. Statut Instytutu określa:

1) szczegółowy zakres zadań Instytutu;
2) liczbę zastępców dyrektora oraz zakres ich zadań;
3) liczbę członków Rady Naukowej oraz zasady ich wyboru lub powoływania i odwoływania.

2. Statut Instytutu może przewidywać powołanie Kolegium Instytutu lub innych organów opiniodawczo-doradczych Dyrektora, określając ich nazwę, skład, liczbę członków oraz zadania.

3. Członków organów, o których mowa w ust. 2, powołuje i odwołuje Dyrektor.

4. Statut nadaje minister właściwy do spraw wewnętrznych, w drodze zarządzenia, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz Rady Pracowników, o której mowa w ustawie dnia 7 kwietnia 2006 r. o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji (Dz. U. poz. 550, z 2008 r. poz. 584 i 778 oraz z 2009 r. poz. 805).

5. W razie niewyrażenia przez Radę Naukową lub Radę Pracowników opinii, o której mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o opinię, uznaje się, że opinia jest pozytywna.

Art. 8. W skład Instytutu mogą wchodzić oddziały zamiejscowe wskazane w statucie, jako wyodrębnione jednostki organizacyjne.

Art. 9. 1. Strukturę organizacyjną Instytutu oraz szczegółowe zasady jego działania określa regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz Rady Pracowników.

2. W razie niewyrażenia przez Radę Naukową lub Radę Pracowników opinii, o której mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia Dyrektora o opinię, uznaje się, że opinia jest pozytywna.

Art. 10. Do pracowników Instytutu stosuje się przepisy art. 62–65 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Rozdział 2

Organy Instytutu

Art. 11. 1. Organami Instytutu są:

1) Dyrektor;
2) Rada Naukowa.

2. Dyrektor działa przy pomocy zastępców.

Art. 12. Dyrektor:

1) kieruje Instytutem i reprezentuje go na zewnątrz;
2) ustala plany działalności Instytutu;
3) realizuje politykę kadrową;
4) zarządza mieniem i odpowiada za wyniki działalności Instytutu;
5) powołuje komisję bioetyczną, o której mowa w art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733) i powołuje jej członków;

6) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do właściwości innych organów.

Art. 13. 1. Dyrektorem może być osoba, która:

1) korzysta z pełni praw publicznych;
2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora;
3) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie na stanowiskach kierowniczych;
4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
5) nie była karana zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o którym mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 289);
6) w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowała w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 1633 oraz z 2022 r. poz. 1459 i 1512), nie pełniła w nich służby ani nie współpracowała z tymi organami.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4–6, stosuje się do zastępców dyrektora Instytutu.

Art. 14. 1. Dyrektora i zastępców dyrektora powołuje minister właściwy do spraw wewnętrznych.

2. Dyrektor jest powoływany na sześcioletnią kadencję.

3. Powołanie, o którym mowa w ust. 1, stanowi nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 i 1700).

4. Wynagrodzenie Dyrektora i zastępców dyrektora ustala minister właściwy do spraw wewnętrznych.

5. Maksymalna wysokość wynagrodzenia miesięcznego Dyrektora i zastępców dyrektora nie może przekroczyć 150% kwoty ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2136).

6. Minister właściwy do spraw wewnętrznych odwołuje Dyrektora w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;
2) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań określonych w art. 13 ust. 1 pkt 1, 2, 4–6;
3) działania niezgodnego z prawem, zasadami rzetelności, gospodarności, celowości;
4) utraty zdolności do pełnienia obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy;
5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów, albo informacji, o której mowa w art. 7 ust. 3a tej ustawy, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu.

7. W przypadku odwołania Dyrektora albo jego śmierci przed upływem kadencji minister właściwy do spraw wewnętrznych wyznacza do pełnienia obowiązków Dyrektora jednego z jego zastępców albo inną osobę spełniającą warunki określone w art. 13 ust. 1 przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy.

Art. 15. 1. Kadencja Rady Naukowej trwa 4 lata.

2. Rada Naukowa liczy nie więcej niż 37 członków.

3. W skład Rady Naukowej wchodzą:

1) przedstawiciel ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
2) pracownicy naukowi i badawczo-techniczni Instytutu, w liczbie określonej w statucie;
3) osoby niezatrudnione w Instytucie, posiadające co najmniej stopień naukowy doktora, a także osoby wyróżniające się wiedzą i praktycznym dorobkiem w sferze związanej z ochroną zdrowia, w liczbie określonej w statucie;
4) po jednym przedstawicielu Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, wskazanym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

4. W skład Rady Naukowej wchodzą również Dyrektor oraz zastępcy dyrektora z prawem głosu w sprawach, o których mowa w art. 17 ust. 1 pkt 8–10, którzy nie są zaliczani do osób, których liczba została określona w ust. 2. Przepisy art. 17 ust. 2 i 3 stosuje się.

5. Z tytułu działalności w Radzie Naukowej nie przysługuje dodatkowe wynagrodzenie.

6. Członkom Rady Naukowej mającym inne miejsce zamieszkania niż miejsce posiedzeń Rady przysługują diety, zwrot kosztów podróży i noclegów związanych z uczestnictwem

w tych posiedzeniach, na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

7. Rada Naukowa działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

Art. 16. 1. Rada Naukowa jest organem stanowiącym, inicjującym, opiniodawczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności oraz w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej.

2. Rada Naukowa jest uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności Instytutu.

Art. 17. 1. Do zadań Rady Naukowej należy:

1) przedstawianie opinii w sprawach dotyczących połączenia, podziału, przekształcania lub reorganizacji Instytutu oraz stałej współpracy z innymi osobami prawnymi;
2) zatwierdzanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej;
3) opiniowanie kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych oraz finansowych Instytutu, a także rocznych sprawozdań Dyrektora z wykonania zadań;
4) opiniowanie regulaminu organizacyjnego Instytutu;
5) opiniowanie rocznego planu finansowego;
6) opiniowanie rocznych sprawozdań finansowych;
7) opiniowanie sposobu podziału zysku Instytutu;
8) opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska pracowników naukowych oraz dokonywanie okresowej oceny dorobku naukowego tych pracowników;
9) opiniowanie wniosków o przyznawanie stypendiów naukowych;
10) przeprowadzanie postępowań w sprawie nadania stopnia doktora lub doktora habilitowanego w zakresie posiadanych uprawnień;
11) wnioskowanie do Dyrektora o mianowanie na stanowisko profesora Instytutu;
12) ustalanie programu kształcenia prowadzonej przez Instytut szkoły doktorskiej.

2. Prawo głosu w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 2, 3, 8, 9 i 12, mają członkowie Rady Naukowej posiadający stopień naukowy lub tytuł profesora.

3. Prawo głosu w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i 11, mają członkowie Rady Naukowej posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł profesora.

4. W posiedzeniu Rady Naukowej bierze udział przedstawiciel Rady Pracowników, o której mowa w art. 9 ust. 1, oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady Naukowej.

Rozdział 3

Gospodarka finansowa Instytutu

Art. 18. 1. Instytut prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w niniejszej ustawie oraz ustawie z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

2. Podstawą gospodarki finansowej Instytutu jest roczny plan finansowy ustalany przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej.

Art. 19. 1. Instytut występuje w obrocie we własnym imieniu i na własny rachunek.

2. Instytut pokrywa koszty bieżącej działalności z uzyskiwanych przychodów.

3. Instytut nie odpowiada za zobowiązania Skarbu Państwa ani innych osób prawnych.

4. Instytut prowadzi rachunkowość na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105, 2106 i 1488).

5. Sprawozdanie finansowe, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Art. 20. Źródłami finansowania działalności Instytutu są:

1) środki finansowe z realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
2) przychody z tytułu wdrażania i upowszechniania wyników swojej działalności naukowej oraz efektów ekonomicznych powstałych z tego tytułu;
3) dotacje uzyskiwane na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
4) subwencje i dotacje uzyskiwane na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;
5) dotacja podmiotowa przekazywana przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków ujętych w części budżetowej, której jest dysponentem, z przeznaczeniem na dofinansowanie wynagrodzeń pracowników naukowych Instytutu wraz z pochodnymi od tych wynagrodzeń oraz wydatków poza wynagrodzeniowych;
6) dotacje celowe na zadania zlecone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie działu administracji rządowej sprawy wewnętrzne;
7) dotacje celowe na inwestycje;
8) środki uzyskane z budżetu Unii Europejskiej;

9) granty lub zlecenia;

10) spadki, zapisy i darowizny;

11) przychody z innych źródeł.

Art. 21. 1. W zakresie niezbędnym do należytego wykonywania zadań określonych w art. 3 i art. 4 Instytut może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie realizacji tych zadań, w szczególności przez komercjalizację wyników prowadzonych badań oraz działalność wydawniczą, szkoleniową oraz wynajem pomieszczeń i biur.

2. Działalność gospodarcza Instytutu podlega wyodrębnieniu pod względem finansowym i rachunkowym z działalności, o której mowa w art. 3 i art. 4.

3. Dochód z działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 1, służy wyłącznie realizacji zadań Instytutu określonych w art. 3 i art. 4.

Rozdział 4

Przepis zmieniający

Art. 22. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733) w art. 29 w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych.”.

Rozdział 5

Przepisy przejściowe i dostosowujące oraz przepis końcowy

Art. 23. Tworzy się Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w drodze przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

Art. 24. 1. Mienie, obejmujące własność i inne prawa majątkowe, Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się mieniem Instytutu.

2. Instytut przejmuje prawa inne niż określone w ust. 1 i zobowiązania, w tym zobowiązania finansowe Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

3. Instytut staje się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, w szczególności umów na dofinansowanie projektów finansowanych z Unii Europejskiej i innych źródeł.

4. Instytut wstępuje z mocy prawa w miejsce Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie do toczących się w chwili wejścia w życie niniejszej ustawy postępowań przed sądami powszechnymi, administracyjnymi i postępowań administracyjnych.

5. Instytut wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, w tym w szczególności prawa i obowiązki wynikające z przyznanych certyfikatów, akredytacji, pozwoleń i koncesji.

6. Instytut wstępuje we wszelkie przewidziane w przepisach prawa podatkowego prawa i obowiązki Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

7. Instytut wstępuje z mocy prawa w miejsce Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie do toczących się w chwili wejścia w życie niniejszej ustawy postępowań konkursowych.

8. Instytut przejmuje ewidencje, spisy i inne bazy danych prowadzone przez Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz staje się administratorem tych danych.

9. Uprawnienia i obowiązki Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wynikające z decyzji administracyjnych przechodzą z mocy prawa na Instytut.

Art. 25. Fundusz założycielski i fundusz zakładowy Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się funduszem statutowym Instytutu.

Art. 26. Bilans zamknięcia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się bilansem otwarcia Instytutu.

Art. 27. Dyrektor Instytutu składa wniosek:

1) o dokonanie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oraz w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy;

2) o założenie konta w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on w terminie 7 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 28. Dyrektor Instytutu sporządza i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych do wiadomości:

1) roczny plan finansowy Instytutu na 2023 rok w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy;
2) pierwszy roczny plan działalności Instytutu na rok 2023 w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 29. 1. Z dniem wejścia w życie ustawy:

1) pracownicy zatrudnieni w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się pracownikami Instytutu;
2) funkcjonariusze oddelegowani do wykonywania zadań w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie zostają oddelegowani do wykonywania zadań w Instytucie;
3) regulaminy w rozumieniu art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy obowiązujące w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się regulaminami obowiązującymi w Instytucie;
4) osoby, które rozpoczęły szkolenie specjalizacyjne w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, kontynuują wszczęte szkolenie specjalizacyjne w Instytucie;
5) Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się Dyrektorem Instytutu – na pierwszą kadencję, określoną zgodnie z art. 14 ust. 2; przepis art. 14 ust. 5 stosuje się;
6) zastępcy dyrektora Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się zastępcami dyrektora Instytutu.

2. Z dniem wejścia w życie ustawy komórki organizacyjne Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się komórkami organizacyjnymi Instytutu.

3. Z dniem wejścia w życie ustawy Komisja Bioetyczna działająca przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się Komisją Bioetyczną Instytutu.

4. Kierownicy komórek organizacyjnych Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie oraz ich zastępcy stają się z dniem wejścia w życie ustawy kierownikami komórek organizacyjnych Instytutu oraz ich zastępcami.

5. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Instytut stosuje się odpowiednio art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Art. 30. 1. Liczbę członków Rady Naukowej oraz jej skład na pierwszą kadencję wraz z przypisaniem funkcji w Radzie, minister właściwy do spraw wewnętrznych ustali, w drodze zarządzenia, w ciągu 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Do czasu wykonania przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych uprawnienia określonego w ust. 1 kompetencje Rady Naukowej wykonuje rada społeczna przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie. Z dniem powołania Rady Naukowej wygasa kadencja rady społecznej przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

Art. 31. W terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy:

1) Dyrektor Instytutu i zastępcy dyrektora złożą pisemne oświadczenia o spełnieniu wymagań, o których mowa odpowiednio w art. 13 ust. 1 pkt 6 i ust. 2;
2) minister właściwy do spraw wewnętrznych zawrze z Dyrektorem Instytutu i zastępcami dyrektora odrębną umowę o zakazie prowadzenia działalności konkurencyjnej, o której mowa w art. 28 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Art. 32. 1. Minister właściwy do spraw wewnętrznych nada Instytutowi pierwszy statut, w drodze zarządzenia, w ciągu 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Do czasu nadania statutu Dyrektor wydaje zarządzenia w sprawach zastrzeżonych w ustawie do regulacji w statucie, o czym niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni, powiadamia ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w terminie 7 dni od przedłożenia uchyla zarządzenie Dyrektora, jeżeli jest ono niezgodne z prawem lub narusza ważny interes publiczny.

Art. 33. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

UZASADNIENIE

Celem projektowanej ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, zwanej dalej „ustawą”, jest utworzenie podmiotu prowadzącego badania naukowe i prace rozwojowe w powiązaniu z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, działającego w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych i specyfiki służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zwanemu dalej „Ministrem”.

Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, zwany dalej „Instytutem”, będzie podmiotem o szerokim spektrum działania i wysokim potencjale naukowym i organizacyjnym. Instytut będzie prowadził prace badawcze i naukowe w kierunku rozwoju nowoczesnych metod diagnostyki i poprawy sytuacji zdrowotnej obywateli oraz badania predyspozycji do służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi, tj. funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, zwanych dalej „funkcjonariuszami”. Konieczność utworzenia Instytutu wynika między innymi z faktu, że obszar medycyny dotyczący specyfiki służby i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy, jak również medycyny interwencyjnej związanej z zabezpieczeniem osób zajmujących najwyższe stanowiska państwowe oraz ważnych wydarzeń państwowych, nie był dotychczas dostatecznie rozwijany. Utworzenie Instytutu będzie służyło rozwojowi priorytetowej zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa oraz pozwoli na udział w wielu inicjatywach w ramach współpracy międzynarodowej w dziedzinie medycyny uwzględniającej szczególnie potrzeby służb mundurowych.

Oprócz zadań w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy Instytut będzie udzielał świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności.

Utworzenie Instytutu otworzy dostęp do udziału w projektach badań naukowych finansowanych ze środków zewnętrznych (np. fundusze strukturalne Unii Europejskiej, programy badawcze Horyzont Europa, Środki Norweskie, granty badawcze). Przez organizowanie kształcenia na poziomie studiów podyplomowych i szkół doktorskich utworzenie Instytutu wydatnie wzmocni potencjał kadrowy polskiej nauki w obszarze związanym ze specjalistyczną dziedziną medycyny i nauk o zdrowiu. Prowadzenie działalności w zakresie informacji naukowej pozwoli zainicjować projekty związane z analizą danych dla potrzeb innowacyjnych narzędzi wczesnej diagnostyki, poszukiwania biomarkerów wielu

schorzeń czy populacyjnych przyczyn zapadalności na choroby cywilizacyjne. Te i wiele innych projektów naukowych w oparciu o prowadzone badania kliniczne mogą dać podstawy dla powstania wielu polskich wynalazków i patentów. Utworzenie Instytutu wpłynie pozytywnie na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Rozwinięcie potencjału naukowego i leczniczego zwiększy i poszerzy zakres opieki zdrowotnej oraz dostęp do niej dla pacjentów w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Do realizacji zadań zarówno leczniczych jak i dydaktyczno-naukowych niezbędne jest zrealizowanie szeregu inwestycji zwiększających potencjał jednostki oraz stopień zaawansowania w stosowanych technikach i technologiach medycznych równający, w wielu dziedzinach, do najwyższego poziomu światowego.

Utworzenie Instytutu pozwoli na stałe opracowywanie i doskonalenie standardów zabezpieczenia medycznego na wypadek zdarzeń masowych, w tym w sytuacjach masowego zagrożenia (zagrożenia epidemiologicznego, zagrożenia związanego ze skutkami katastrof naturalnych i wewnętrznych sytuacji kryzysowych itp.), co leży w interesie wszystkich jednostek podległych Ministrowi lub przez niego nadzorowanych. Będzie to możliwe dzięki planowanej do realizacji inwestycji, w ramach której powstanie odrębny pawilon szpitalny zabezpieczający bieżące potrzeby lecznicze i stanowiący zaplecze w sytuacjach kryzysowych. Jednocześnie implementacja standardów, o których mowa wyżej, w jednostkach służby zdrowia umożliwi znacznie lepsze przygotowanie tych jednostek na wypadek zdarzeń masowych, niż ma to miejsce obecnie.

W projekcie ustawy proponuje się, aby Instytut został utworzony w drodze przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, zwanego dalej „CSK MSWiA" albo „Szpitalem". CSK MSWiA jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej nadzorowanym przez Ministra, który pełni rolę podmiotu tworzącego w rozumieniu art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.). CSK MSWiA jako jeden z największych ośrodków medycznych w kraju dostarczający kompleksowych usług zdrowotnych z zakresu lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnego, diagnostyki i rehabilitacji pacjentom z całej Polski, posiada potencjał techniczny, organizacyjny i kadrowy do podjęcia działalności jako instytut badawczy.

CSK MSWiA jest wieloprofilowym podmiotem leczniczym o najwyższym stopniu referencyjności. W skład struktury organizacyjnej Szpitala wchodzą: 7 oddziałów, 19 klinik, 4 przychodnie, 39 poradni, 14 pracowni i zakładów diagnostycznych oraz 5 poliklinik na terenie województwa mazowieckiego (w Radomiu, Siedlcach, Ciechanowie i Warszawie). Szpital

dysponuje 808 łóżkami (wg stanu na 31 stycznia 2022 r.). Średniorocznie w Szpitalu realizowanych jest 15 000 zabiegów oraz ponad 120 000 hospitalizacji. W ciągu doby do Szpitala przyjmowanych jest około 350 osób celem hospitalizacji oraz około 60 osób w ramach hospitalizacji jednodniowych. Przeprowadzanych jest ponad 40 operacji w 12 blokach operacyjnych. W ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przyjmowanych jest średnio 140 zgłoszeń. W ciągu dnia do CSK MSWiA trafia co najmniej kilku pacjentów w stanie skrajnie ciężkim z zagrożeniem życia bądź zdrowia wymagających natychmiastowego postępowania zabiegowego. Dotyczy to w szczególności pacjentów z chorobami układu krążenia (zawał, rozwarstwiający tętniak aorty, udar mózgu, tętniak naczyń mózgowych), kobiet w stanach nagłych w zakresie ginekologii i położnictwa, pacjentów z krwotokami z przewodu pokarmowego, w tym w schorzeniach onkologicznych, oraz pacjentów z urazami wielonarządowymi. CSK MSWiA jest jednym z ośrodków o największej liczbie wyleczonych przypadków z głębokiej hipotermii z zatrzymaniem krążenia.

CSK MSWiA jest też ważnym w regionie i kraju ośrodkiem badań klinicznych. CSK MSWiA zrealizował dotychczas (w ramach 14 jednostek) ponad 600 badań klinicznych, w tym w dziedzinach związanych z chorobami rzadkimi. W realizacji projektów badawczych i naukowo-biznesowych CSK MSWiA współpracuje z krajowymi i zagranicznymi ośrodkami badawczymi, jak również firmami farmaceutycznymi prowadzącymi badania nad nowymi lekami i terapiami w zakresie chorób rzadkich i schorzeń specjalistycznych. Badania kliniczne prowadzone są na zlecenie i we współpracy firm farmaceutycznych z UE i USA, jak również we współpracy lub na zlecenie ośrodków klinicznych z kraju i zagranicy.

W okresie ostatnich 15 lat Szpital zrealizował kilkanaście projektów współfinansowanych ze środków UE lub innych środków krajowych i zagranicznych grantów, wzmacniając tym samym potencjał organizacyjny i naukowy. Szczególnie istotne z tego punktu widzenia były projekty wzmacniające potencjał w dziedzinie e-zdrowia i rozwoju innowacyjnych systemów IT. Badania kliniczne stanowią naukowy obszar działalności, w który zaangażowany jest doświadczony i doskonale przygotowany potencjał badawczy Szpitala, który jest jednym z wiodących w Polsce ośrodków prowadzących komercyjne badania kliniczne. Szpital posiada komórki organizacyjne delegowane do realizacji zarówno zadań związanych z prowadzeniem i rozliczaniem projektów badawczych, jak i badań klinicznych. Dział ds. Badań Klinicznych i Współpracy Międzynarodowej wraz z Sekcją ds. Badań Klinicznych jest wyspecjalizowaną jednostką Szpitala zajmującą się organizowaniem, koordynowaniem i nadzorowaniem prowadzonych badań klinicznych, zgodnie z zasadami

GCP. Głównym zadaniem Sekcji ds. Badań Klinicznych, która działa od 2012 r., jest zapewnienie wysokiej jakości prowadzenia badań klinicznych. Zasady prowadzenia badań klinicznych w CSK MSWiA oparte są o standardy ISO oraz SPO. W załączniku do uzasadnienia został zamieszczony wykaz najważniejszych prac i projektów badawczych własnych i prowadzonych we współpracy, realizowanych na przestrzeni lat 2019–2022.

CSK MSWiA realizuje programy zdrowotne ważne z punktu widzenia społecznego dla regionu. Jest też ośrodkiem innowacyjnych procedur i zabiegów medycznych, a także pionierem w wielu nowatorskich zabiegach z dziedziny chirurgii naczyniowej, kardiologii i transplantologii.

CSK MSWiA posiada certyfikat ISO 9001:2015-10 w zakresie świadczenia usług medycznych przez leczenie zachowawcze i zabiegowe, terapię izotopową i radioterapię, w trybie całodobowym, dziennym i ambulatoryjnym, pielęgnację, diagnostykę i rehabilitację, prowadzenie badań naukowych, profilaktykę i promocję zdrowia oraz administrowanie Szpitalem.

W ciągu 70 lat swej działalności CSK MSWiA przyjął ponad 5 mln pacjentów. Dane medyczne zgromadzone w rejestrach i systemach informatycznych CSK MSWiA stanowią unikalną bazę informacji naukowej dla potrzeb prowadzenia badań w ramach współpracy krajowej i międzynarodowej.

CSK MSWiA jest ośrodkiem strategicznym w kwestii zapewnienia zabezpieczenia zdrowotnego obywateli, szczególnie w takich sytuacjach jak bieżący kryzys związany z wybuchem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, oraz prac nad metodyką postępowania epidemiologicznego, zabezpieczenia medycznego dla wielu tysięcy osób, jak również opracowania standardów postępowania w sytuacjach kryzysów zdrowotnych na wielką skalę.

CSK MSWiA udziela również świadczeń opieki zdrowotnej osobom piastującym najwyższe kierownicze stanowiska w kraju: Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej, Marszałkowi Sejmu, Marszałkowi Senatu oraz Prezesowi Rady Ministrów, w razie nagłego zachorowania lub urazu, wypadku, zatrucia lub konieczności natychmiastowego leczenia szpitalnego, jak również w trakcie oficjalnych podróży krajowych i zagranicznych oraz oficjalnych wizyt zagranicznych, zgodnie z art. 5a ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2022 r. poz. 1215, z późn. zm.).

CSK MSWiA realizuje również zadania polegające na zabezpieczeniu medycznym działań służb podległych i nadzorowanych przez Ministra oraz zadań obronnych

wykonywanych przez Ministra oraz uczestniczy w zabezpieczeniu oficjalnych spotkań organizowanych m.in. przez Kancelarię Prezydenta, Sejm oraz Senat. W latach ubiegłych CSK MSWiA zabezpieczał pod względem medycznym liczne wydarzenia o charakterze międzynarodowym, np. wizytę Prezydenta USA Donalda Trumpa w Polsce oraz funkcjonariuszy służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, np. w trakcie obchodów 80. rocznicy wybuchu II Wojny Światowej czy konferencji ministerialnej w sprawie budowania pokoju i bezpieczeństwa na Bliskim Wschodzie w 2019 r.

CSK MSWiA zatrudnia ogółem 4947 osób, w tym: 4454 pracowników działalności podstawowej, 289 pracowników administracji, ekonomicznych i technicznych oraz 204 pracowników gospodarczych i obsługi. W grupie pracowników działalności podstawowej zatrudnionych jest 1175 lekarzy, 1703 pielęgniarki i położne, 269 osób stanowiących wyższy personel medyczny, 969 średni personel medyczny oraz 338 osób jako pomocniczy personel medyczny. CSK MSWiA zatrudnia 163 osoby posiadające stopnie naukowe doktora habilitowanego i doktora. Wśród kadry naukowej CSK MSWiA 21 osób posiada tytuł profesora. Są to osoby o uznanych w środowisku medycznym osiągnięciach naukowych i zawodowych, co plasuje Szpital w czołówce pod względem potencjału naukowego.

CSK MSWiA podlega ciągłej modernizacji, rozbudowie i przebudowie, wyposażony jest w 24 186 różnych urządzeń medycznych w skład, których wchodzi sprzęt i aparatura medyczna i terapeutyczna, narzędzia medyczne, sprzęt i aparatura pomocnicza. Szpital dysponuje nowoczesnym lądowiskiem dla helikopterów i jest jednym z głównych ośrodków w kraju, do którego transportowani są pacjenci w stanie zagrożenia życia zaopatrywani przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W powoływanym Instytucie część lecznicza będzie pozostawała w synergii z częścią dydaktyczno-naukową. Wszelkie podejmowane i planowane w przyszłości inwestycje przysłużą się pełnej realizacji zadań. Podwyższenie standardów opieki przez inwestowanie w infrastrukturę i wyposażenie podniesie rangę Instytutu jako jednostki naukowej spełniającej standardy międzynarodowe.

Mieszczące się na terenie CSK MSWiA Centrum Hyperbarii stanowi jedyny ośrodek na Mazowszu dla leczenia przypadków zatrucia tlenkiem węgla (zaczadzenia) zarówno dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej, jak i pozostałych funkcjonariuszy uczestniczących w ratowaniu ofiar pożarów oraz samych poszkodowanych.

CSK MSWiA dysponuje także nowoczesnymi narzędziami IT i systemami w zakresie e-zdrowia, które stale podlegają modernizacji.

Dedykowana specjalistyczna opieka medyczna skierowana do funkcjonariuszy wykluczałaby także konieczność poszukiwania obsługi medycznej w zakresie medycyny pracy poza sektorem resortowej opieki medycznej, co stwarza ryzyko względem bezpieczeństwa danych przechowywanych w zewnętrznych systemach IT.

Wykorzystanie potencjału CSK MSWiA leży w interesie całego sektora medycznego, a w szczególności w dziedzinie związanej z medycyną pracy, medycyną ratunkową czy medycyną interwencyjną dla potrzeb wszystkich funkcjonariuszy. Celem działalności Instytutu będzie bowiem zarówno prowadzenie prac badawczych w dziedzinach związanych z rozwojem tych obszarów medycyny, jak również szeroko pojęte kształcenie kadr medycznych o wysoko wyspecjalizowanym profilu z uwzględnieniem innowacyjnych narzędzi i metod. Do właściwej realizacji tego zadania niezbędne wydaje się wyznaczenie wspólnej lokalizacji dla części ambulatoryjnej, która byłaby projektem inwestycyjnym realizowanym przez powoływany Instytut.

Propozycja utworzenia Instytutu w drodze ustawy wynika z faktu, że ustawy ustrojowe, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), nie przewidują możliwości utworzenia instytutu badawczego w drodze przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wskazać należy, że ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która określa zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, ustanawia podstawy prawne do połączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 66–68), przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową prawa handlowego (art. 69–82) oraz jego likwidacji (art. 60 i art. 61). Natomiast ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, która określa zasady tworzenia instytutów badawczych, w art. 5 stanowi, że instytut badawczy tworzy Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, na wniosek ministra właściwego ze względu na planowaną działalność instytutu, złożony po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Pomimo że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i instytut badawczy, który wykonuje działalność leczniczą, są podmiotami leczniczymi, to wyżej wymienione ustawy nie przewidują możliwości zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez przekształcenie go w instytut badawczy. Prowadzi to do wniosku, że utworzenie Instytutu na bazie składników materialnych i niematerialnych CSK MSWiA wiązałoby się z koniecznością uprzedniej likwidacji tego

podmiotu. Brak możliwości prawnych przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w instytut badawczy, na gruncie wyżej wymienionych ustaw ustrojowych, powoduje konieczność przyjęcia nowych rozwiązań. Tym rozwiązaniem jest propozycja utworzenia Instytutu w drodze aktu prawnego rangi ustawowej. Przekształcenie CSK MSWiA w Instytut w drodze ustawy umożliwi płynne przejście z formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do instytutu badawczego bez konieczności przeprowadzania likwidacji CSK MSWiA i utworzenia nowego podmiotu oraz pozwoli na uniknięcie komplikacji natury formalnej związanych z brakiem następstwa prawnego pomiędzy przekształcanym podmiotem a nowo powstałym instytutem badawczym. Stosownie do przepisów projektowanej ustawy Instytut z dniem przekształcenia wstąpi we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był CSK MSWiA (sukcesja uniwersalna praw i obowiązków) oraz przejmie jego pracowników. Rozwiązanie to zapobiegnie wystąpieniu trudności z zapewnieniem zasobów kadrowych, tym samym przyczyniając się do zagwarantowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to o tyle istotne, że Instytut (będąc podmiotem leczniczym) będzie kontynuował działalność leczniczą, którą wykonywał CSK MSWiA, prowadził badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych i tym samym uczestniczył w systemie ochrony zdrowia.

Rozwiązania proponowane w projekcie ustawy

Instytut będzie instytutem badawczym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych prowadzącym działalność leczniczą.

Projekt ustawy określa zasady działania Instytutu, w tym w szczególności zadania Instytutu, jego organy, gospodarkę finansową oraz reguluje sprawy związane z przekształceniem CSK MSWiA w Instytut. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do Instytutu zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, które będą stosowane odpowiednio, tj. z uwzględnieniem specyfiki nowo tworzonego podmiotu. Instytut będzie podmiotem o charakterze hybrydowym, tj. będzie instytutem badawczym, ale będzie działał na zmienionych zasadach, a projektowana ustawa będzie ustawą szczególną wobec ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. Przyjęte rozwiązanie powoduje, że w przyszłości mogą wystąpić wątpliwości, które przepisy stosować w stosunku do Instytutu, tj. przepisy ustawy szczególnej czy przepisy ustawy o instytutach badawczych. Przepis o odpowiednim stosowaniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych ma na celu zminimalizowanie ewentualnych wątpliwości, o których mowa wyżej.

Jak już wyżej wspomniano projektowana ustawa nie reguluje w sposób wyczerpujący wszystkich kwestii związanych z działaniem Instytutu. Do Instytutu zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych w zakresie dotyczącym zasad gospodarki finansowej instytutów (rozdział 3), nadzoru nad działalnością instytutu (rozdział 7) oraz pracowników instytutu (rozdział 9).

Celem uniknięcia ewentualnych wątpliwości związanych z połączeniem, podziałem, przekształceniem lub reorganizacją Instytutu w art. 2 ust. 7 uregulowano, że przeprowadzenie tych działań będzie następować w drodze ustawy.

Proponuje się, aby Instytut otrzymał status państwowego instytutu badawczego, mając na uwadze, że Instytut w sposób ciągły będzie realizował zadania, o których mowa w art. 22 pkt 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

Instytut będzie prowadził działalność polegającą na:

1) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
2) określaniu i opracowywaniu standardów opieki zdrowotnej nad funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;
3) określaniu i opracowywaniu standardów postępowania medycznego na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, w szczególności zdarzeń o charakterze terrorystycznym w rozumieniu ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o działaniach antyterrorystycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2234, z późn. zm.), zdarzeń, w których występuje więcej niż jedna osoba poszkodowana potrzebująca natychmiastowej pomocy medycznej lub w wyniku których duża liczba osób doznaje poważnych obrażeń, a także związanych ze stanami nadzwyczajnymi;
4) prowadzeniu działalności konsultacyjnej na rzecz podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra;
5) prowadzeniu badań naukowych, prac rozwojowych i usługowo-badawczych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dotyczących bezpieczeństwa wewnętrznego państwa z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;
6) przystosowywaniu wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki;
7) wdrażaniu wyników badań naukowych i prac rozwojowych;

8) opracowywaniu analiz, ocen, ekspertyz i standardów diagnostyczno-leczniczych mających zastosowanie w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa;

9) rozwoju naukowym i kształceniu specjalistycznym kadr medycznych, w tym dla potrzeb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, w szczególności kształceniu podyplomowym, w tym specjalizacyjnym oraz ustawicznym, prowadzeniu studiów podyplomowych oraz szkoły doktorskiej, a także innych formach kształcenia na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;

10) prowadzeniu badań naukowych oraz prac wdrożeniowych w zakresie informatyzacji, innowacji cyfrowych, nowych technologii medycznych oraz modeli usług medycznych, przewidzianych do wykorzystania w obszarze cywilnym oraz dla potrzeb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa;

11) prowadzeniu badań klinicznych;

12) inicjowaniu i rozwijaniu współpracy krajowej i międzynarodowej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;

13) prowadzeniu działalności w dziedzinie medycyny pracy, w tym w szczególności wykonywaniu zadań z zakresu służby medycyny pracy w odniesieniu do funkcjonariuszy i pracowników Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa lub innych jednostek organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej lub przez nich nadzorowanych;

14) nadawaniu stopnia naukowego doktora i doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;

15) prowadzeniu działalności w zakresie informacji naukowej;

16) realizacji innych zadań zleconych przez Ministra.

Nadzór nad Instytutem będzie sprawował Minister.

Statut Instytutowi będzie nadawał Minister. Przed nadaniem statutu Minister będzie zasięgał opinii Rady Naukowej i Rady Pracowników, o której mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2006 r. o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji (Dz. U. poz. 550, z późn. zm.). Przyjęte rozwiązanie ma na celu zapewnienie pracownikom Instytutu

możliwości zapoznania się z projektem statutu oraz wyrażenia opinii w tej sprawie. Rola Rady Pracowników polega na pozyskiwaniu informacji, konsultowaniu oraz prowadzeniu dialogu z pracodawcą w perspektywie całego zakładu pracy. Rada Pracowników jest wybierana przez całą załogę w sposób określony w ustawie z dnia 7 kwietnia 2006 r. o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji, który można uznać za demokratyczny, co sprawia, że posiada ona legitymację pracowników do działania w ich imieniu. Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą pracodawca ma obowiązek prowadzenia z Radą Pracowników konsultacji w sprawach dotyczących: stanu zatrudnienia, struktury i przewidywanych zmian zatrudnienia, działań mających na celu utrzymanie poziomu zatrudnienia, działań, które mogą powodować istotne zmiany w organizacji pracy lub podstawach zatrudnienia. Nałożenie na Ministra obowiązku zasięgnięcia opinii Rady Pracowników w sprawie projektu statutu wpisuje się w ustawowe zadania tej Rady i będzie służyło wspieraniu dialogu społecznego pomiędzy przedstawicielami wszystkich pracowników i Instytutu jako pracodawcy. Opinia Rady Pracowników będzie stanowić istotny głos pracowników w bardzo ważnym dokumencie dla Instytutu, a statut tak przyjęty będzie miał walor konsensualny.

Regulamin organizacyjny Instytutu będzie ustalany przez Dyrektora. W projekcie ustawy zaproponowano, aby opinię o projekcie regulaminu organizacyjnego, który będzie określał strukturę organizacyjną Instytutu oraz szczegółowe zasady jego działania, wyrażała – podobnie jak w odniesieniu do projektu statutu – Rada Naukowa oraz Rada Pracowników.

Organami Instytutu będą Dyrektor oraz Rada Naukowa.

Dyrektora Instytutu oraz zastępców dyrektora będzie powoływał Minister. Powołanie na stanowisko Dyrektora i zastępcy dyrektora Instytutu będzie stanowiło nawiązanie stosunku pracy na podstawie powołania w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Dyrektor będzie powoływany na sześcioletnią kadencję.

Do zadań Dyrektora Instytutu należało będzie:

1) kierowanie Instytutem i reprezentowanie go na zewnątrz;
2) ustalanie planów działalności Instytutu;
3) realizowanie polityki kadrowej;
4) zarządzanie mieniem i ponoszenie odpowiedzialności za wyniki działalności Instytutu;

5) powoływanie komisji bioetycznej, o której mowa w art. 29 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) i powoływanie jej członków;
6) podejmowanie decyzji we wszystkich sprawach dotyczących Instytutu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do właściwości innych organów.

Dyrektorem Instytutu będzie mogła zostać osoba, która:

1) korzysta z pełni praw publicznych;
2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora;
3) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie na stanowiskach kierowniczych;
4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
5) nie była karana zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o których mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 289);
6) w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowała w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 1633, z późn. zm.), nie pełniła w nich służby ani nie współpracowała z tymi organami.

Odwołanie Dyrektora z zajmowanego stanowiska przed upływem kadencji będzie możliwe w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;
2) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań określonych w ustawie niezbędnych do powołania na stanowisko (za wyjątkiem wymagania dot. trzyletniego doświadczenia na stanowiskach kierowniczych);
3) działania niezgodnego z prawem, zasadami rzetelności, gospodarności, celowości;
4) utraty zdolności do pełnienia obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy;

5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów, albo informacji, o której mowa w art. 7 ust. 3a tej ustawy, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu.

Do odwołania zastępcy dyrektora, z którym stosunek pracy jest nawiązywany na podstawie powołania na czas nieokreślony, zastosowanie będą miały przepisy Kodeksu pracy regulujące stosunek pracy na podstawie powołania, a w szczególności art. 70 § 1 Kodeksu pracy stanowiący, że „Pracownik zatrudniony na podstawie powołania może być w każdym czasie – niezwłocznie lub w określonym terminie – odwołany ze stanowiska przez organ, który go powołał.”.

W przypadku odwołania Dyrektora Instytutu – Minister wyznaczy osobę do pełnienia obowiązków dyrektora na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy.

Na stanowisko zastępcy dyrektora Instytutu będzie mogła zostać powołana osoba spełniająca wymagania określone w projekcie ustawy dla Dyrektora, za wyjątkiem wymogu dotyczącego posiadania stopnia naukowego oraz co najmniej trzyletniego doświadczenia na stanowiskach kierowniczych.

Wynagrodzenie Dyrektora Instytutu i zastępców dyrektora będzie ustalał Minister. Maksymalna wysokość wynagrodzenia miesięcznego Dyrektora i zastępców dyrektora nie będzie mogła przekroczyć 150% kwoty ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2136). Ustawa, o której mowa wyżej, ogranicza wysokość wynagrodzeń osób kierujących m.in. instytutami badawczymi lub podmiotami, do których stosuje się odpowiednio przepisy o instytutach badawczych. Zgodnie z art. 8 pkt 5 lit. a przywołanej ustawy maksymalna wysokość wynagrodzenia miesięcznego dyrektora instytutu badawczego oraz zastępców dyrektora nie może przekroczyć sześciokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2021 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2021 r. wyniosło 6220,80 zł. A zatem wynagrodzenie dyrektora instytutu badawczego oraz jego zastępców w 2022 r. nie może przekroczyć kwoty 37 324,80 zł. Uwzględniając szczególną rolę Instytutu w systemie ochrony

zdrowia, w projekcie ustawy zaproponowano, aby wynagrodzenie Dyrektora Instytutu i zastępców dyrektora mogło zostać ustalone na poziomie 150% kwoty ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi. Zauważyć również należy, iż aktualnie, w związku z umieszczeniem CSK MSWiA w wykazie podmiotów o szczególnym znaczeniu dla państwa, w których maksymalna kwota wynagrodzenia miesięcznego może być podniesiona o 50%, ustalonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 maja 2018 r. w sprawie wykazu podmiotów o szczególnym znaczeniu dla państwa, w których może być podniesiona maksymalna kwota wynagrodzenia miesięcznego (Dz. U. poz. 886, z późn. zm.), wynagrodzenie miesięczne dyrektora CSK MSWiA może zostać zwiększone do dziewięciokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Mając na uwadze, że zakres obowiązków Dyrektora Instytutu i zastępców dyrektora będzie znacznie szerszy aniżeli dyrektora i zastępców dyrektora CSK MSWiA, a odpowiedzialność większa, propozycja, aby wynagrodzenie Dyrektora Instytutu oraz jego zastępców mogło zostać przyznane w wysokości 150% kwoty ustalonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, wydaje się uzasadniona.

Rada Naukowa będzie organem stanowiącym, inicjującym, opiniodawczym i doradczym Instytutu w zakresie jego działalności oraz w sprawach rozwoju kadry naukowej i badawczo-technicznej. Kadencja Rady Naukowej będzie trwała 4 lata. W skład Rady Naukowej, która będzie liczyła nie więcej niż 37 członków, będą wchodzili:

1) przedstawiciel Ministra;
2) pracownicy naukowi i badawczo-techniczni Instytutu;
3) osoby niezatrudnione w Instytucie, posiadające co najmniej stopień naukowy doktora, a także osoby wyróżniające się wiedzą i praktycznym dorobkiem w sferze związanej z ochroną zdrowia;
4) po jedynym przedstawicielu Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, wskazanym przez Ministra;
5) Dyrektor oraz zastępcy dyrektora.

Rada Naukowa będzie uprawniona do zajmowania stanowiska we wszystkich sprawach dotyczących działalności Instytutu. Do zadań Rady Naukowej będzie należało:

1) przedstawianie opinii w sprawach dotyczących połączenia, podziału, przekształcania lub reorganizacji Instytutu oraz stałej współpracy z innymi osobami prawnymi;
2) zatwierdzanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej;
3) opiniowanie kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych oraz finansowych Instytutu, a także rocznych sprawozdań Dyrektora z wykonania zadań;
4) opiniowanie regulaminu organizacyjnego Instytutu;
5) opiniowanie rocznego planu finansowego;
6) opiniowanie rocznych sprawozdań finansowych;
7) opiniowanie sposobu podziału zysku Instytutu;
8) opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska pracowników naukowych oraz dokonywanie okresowej oceny dorobku naukowego tych pracowników;
9) opiniowanie wniosków o przyznawanie stypendiów naukowych;
10) przeprowadzanie postępowań w sprawie nadania stopnia doktora lub doktora habilitowanego w zakresie posiadanych uprawnień;
11) wnioskowanie do Dyrektora o mianowanie na stanowisko profesora Instytutu;
12) ustalanie programu kształcenia prowadzonej przez Instytut szkoły doktorskiej.

Uchylenie uchwał Rady Naukowej, których przedmiotem będą sprawy określone w art. 35a ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych będzie następować na podstawie i na zasadach określonych w wyżej wymienionym przepisie. Decyzję administracyjną, o której mowa w art. 35a ust. 2 wyżej wymienionej ustawy, będzie wydawał Minister.

Rada Naukowa będzie działała na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

Ustawa przewiduje, że w posiedzeniu Rady Naukowej będzie brał udział przedstawiciel Rady Pracowników, jak również inne osoby zaproszone przez Przewodniczącego tej Rady.

Minister lub wojewoda (za zgodą Ministra) będzie mógł nałożyć na Instytut obowiązek wprowadzenia do jego planu działalności zadania lub wyznaczyć zadanie poza planem, zgodnie z zakresem działania Instytutu, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby obronności i bezpieczeństwa publicznego lub jeżeli Ministrowi została powierzona realizacja zadania na podstawie art. 10c ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów. W przypadkach, o których mowa powyżej, Minister, właściwy minister kierujący działem administracji rządowej

lub Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zapewniają Instytutowi środki do wykonania zadania, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy ze stroną finansującą wykonanie zadania.

Gospodarka finansowa Instytutu

Instytut, jako osoba prawna, będzie występował w obrocie we własnym imieniu i na własny rachunek.

Podstawą gospodarki finansowej Instytutu będzie roczny plan finansowy, który będzie ustalany przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej. Sprawozdanie finansowe będzie podlegało zatwierdzeniu przez Ministra, który będzie w tej sprawie zasięgał opinii Rady Naukowej.

Koszty bieżącej działalności Instytut będzie pokrywał z uzyskiwanych przychodów.

Źródłami finansowania działalności Instytutu będą:

1) środki finansowe z realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
2) przychody z tytułu wdrażania i upowszechniania wyników swojej działalności naukowej oraz efektów ekonomicznych powstałych z tego tytułu;
3) dotacje uzyskiwane na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
4) subwencje i dotacje uzyskiwane na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce;
5) dotacje podmiotowe przekazywane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków ujętych w części budżetowej, której jest dysponentem, z przeznaczeniem na dofinansowanie wynagrodzeń pracowników naukowych Instytutu wraz z pochodnymi od tych wynagrodzeń oraz wydatków poza wynagrodzeniowych;
6) dotacje celowe na zadania zlecone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie działu administracji rządowej sprawy wewnętrzne;
7) dotacje celowe na inwestycje;
8) środki uzyskane z budżetu Unii Europejskiej;
9) granty lub zlecenia;
10) spadki, zapisy i darowizny;
11) przychody z innych źródeł.

W zakresie niezbędnym do należytego wykonywania zadań określonych w art. 3 i art. 4 Instytut będzie mógł prowadzić działalność gospodarczą w zakresie realizacji tych zadań, w szczególności przez komercjalizację wyników prowadzonych badań oraz działalność wydawniczą, szkoleniową i wynajem pomieszczeń i biur. Działalność gospodarcza Instytutu będzie podlegała wyodrębnieniu pod względem finansowym i rachunkowym z działalności, o której mowa w art. 3 i art. 4 projektu ustawy. Dochód z działalności gospodarczej będzie służył wyłącznie realizacji zadań Instytutu określonych w art. 3 i art. 4 projektu ustawy.

Utworzenie Instytutu

Instytut zostanie utworzony w drodze przekształcenia CSK MSWiA.

Instytut:

1) przejmie mienie, obejmujące własność i inne prawa majątkowe, CSK MSWiA;
2) przejmie prawa inne niż określone w pkt 1 i zobowiązania CSK MSWiA;
3) stanie się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez CSK MSWiA;
4) wstąpi w miejsce CSK MSWiA do toczących się w chwili wejścia w życie projektowanej ustawy postępowań przed sądami powszechnymi, administracyjnymi i postępowań administracyjnych;
5) wstąpi we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był CSK MSWiA, w tym w szczególności prawa i obowiązki wynikające z przyznanych certyfikatów, akredytacji, pozwoleń i koncesji;
6) przejmie prawa i obowiązki CSK MSWiA wynikające z decyzji administracyjnych;
7) wstąpi we wszelkie przewidziane w przepisach prawa podatkowego prawa i obowiązki, których podmiotem był CSK MSWiA;
8) wstąpi w miejsce CSK MSWiA do toczących się w chwili wejścia w życie niniejszej ustawy postępowań konkursowych;
9) przejmie ewidencje, spisy i inne bazy danych prowadzone przez CSK MSWiA oraz rolę administratora tych danych.

Fundusz założycielski i fundusz zakładowy CSK MSWiA staną się funduszem statutowym Instytutu.

Bilans zamknięcia CSK MSWiA stanie się bilansem otwarcia Instytutu.

Ustawa obliguje Dyrektora Instytutu do:

1) złożenia w terminie 30 dni od wejścia w życie ustawy wniosku o dokonanie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oraz w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2) złożenia w terminie 7 dni od wejścia w życie ustawy wniosku o założenie konta w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on;
3) sporządzenia i przekazania Ministrowi do wiadomości:
   a) rocznego planu finansowego Instytutu na 2023 r. w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy;
   b) pierwszego rocznego planu działalności Instytutu na rok 2023 w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Z dniem wejścia w życie ustawy:

1) pracownicy zatrudnieni w CSK MSWiA staną się pracownikami Instytutu;
2) funkcjonariusze oddelegowani do wykonywania zadań w CSK MSWiA zostają oddelegowani do wykonywania zadań w Instytucie;
3) Dyrektor CSK MSWiA stanie się Dyrektorem Instytutu na pierwszą kadencję, a zastępcy dyrektora CSK MSWiA staną się zastępcami dyrektora Instytutu;
4) kierownicy jednostek organizacyjnych działalności podstawowej CSK MSWiA oraz ich zastępcy, staną się kierownikami podstawowych jednostek organizacyjnych Instytutu;
5) osoby, które rozpoczęły szkolenie specjalizacyjne w CSK, będą kontynuowały wszczęte szkolenie specjalizacyjne w Instytucie.

Przekształcenie CSK MSWiA w Instytut nie wpłynie też negatywnie na osoby zatrudnione w CSK MSWiA (na podstawie umowy o pracę albo umów cywilno-prawnych). Celem projektowanej ustawy jest, aby wszyscy ci, którzy w dniu jej wejścia w życie będą pracownikami CSK MSWiA, stali się pracownikami Instytutu. Przepis art. 29 ust. 1 pkt 1 projektowanej ustawy stanowi, że „z dniem wejścia w życie ustawy pracownicy zatrudnieni w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się pracownikami Instytutu”. Skutek, o którym mowa w przepisie, nastąpi z mocy prawa. Celem zapewnienia pracownikom CSK MSWiA niezmienionych warunków pracy i płacy w nowoutworzonym Instytucie projekt ustawy w art. 29 ust. 1 pkt 3 przewiduje, że „regulaminy w rozumieniu art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy obowiązujące w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i

Administracji w Warszawie, stają się regulaminami obowiązującymi w Instytucie". Pracownicy zatrudnieni w CSK MSWiA, którzy staną się pracownikami Instytutu, zachowają dotychczas przysługujące im uprawnienia określone w art. 62–65 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. nagrody jubileuszowe, jednorazowe odprawy i dodatek za wysługę lat). Celem uniknięcia ewentualnych wątpliwości w tym zakresie przepis art. 10 projektu ustawy stanowi, że do pracowników Instytutu zastosowanie mają przepisy art. 62–65 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Instytut stanie się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez CSK MSWiA, a zatem również umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontraktów). W związku z uregulowaniem kwestii dotyczących stosunków pracy osób zatrudnionych w CSK MSWiA w projektowanej ustawie, przepis art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy będzie miał w tym przypadku zastosowanie w zakresie w tej ustawie nieuregulowanym.

Liczbę członków Rady Naukowej oraz jej skład na pierwszą kadencję wraz z przypisaniem funkcji w Radzie ustali Minister, w drodze zarządzenia, w ciągu 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Do czasu wykonania przez Ministra powyższego uprawnienia kompetencje Rady Naukowej będzie wykonywała rada społeczna dotychczas utworzona przy CSK MSWiA. Z dniem powołania Rady Naukowej kadencja rady społecznej wygaśnie.

Minister nada Instytutowi statut w ciągu 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Do czasu nadania statutu Dyrektor będzie wydawał zarządzenia w sprawach zastrzeżonych w ustawie dla regulacji statutowej, o czym niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni, powiadomi Ministra. Minister w terminie 7 dni od ich przedłożenia uchyli zarządzenie Dyrektora, jeżeli będzie ono niezgodne z prawem lub naruszy ważny interes publiczny.

Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

Przepisy projektowanej ustawy nie mają wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców (mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców).

Projektowana regulacja nie wpływa również na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe, w szczególności na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osoby niepełnosprawne oraz osoby starsze.

Projekt ustawy nie dotyczy funkcjonowania samorządu terytorialnego, w związku z czym nie zostanie przedstawiony do opinii Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych. Nie istnieje również konieczność przedstawiania projektowanej ustawy właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, zgodnie z przepisami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny. W trybie wyżej wymienionej ustawy uwag nie zgłoszono.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Załącznik do uzasadnienia
projektu ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

Wykaz najważniejszych prac i projektów badawczych
własnych i prowadzonych we współpracy, realizowanych na przestrzeni lat 2019-2022.

„Częstość występowania zakażeń SARS-COV-2 wśród pracowników policji w woj. Mazowieckim – reprezentatywne badanie epidemiologiczne”. Projekt został sfinansowany przez Agencję Badań Medycznych (nr umowy: 2020.ABM.COVID19.0021) i realizowany był przez konsorcjum w składzie Warszawski Uniwersytet Medyczny (Lider), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (Partner) oraz Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie (partner). Celem projektu było zbadanie częstości zakażeń jednej z najmocniej zaangażowanych w walkę z pandemią grupy zawodowej jaką są policjanci. Testy na obecność materiału genetycznego wirusa (RT-PCR) jak również obecność przeciwciał w surowicy wykonano u ponad 5000 policjantów z woj. mazowieckiego, a dodatkowe wywiady z uczestnikami pozwoliły ustalić indywidualne predyspozycje i czynniki ryzyka najczęściej występujące w tej grupie. Wyniki wskazywały przede wszystkim na wiek oraz palenie jako istotne czynniki predysponujące do zakażenia wirusem a także pozwoliły ustalić jakie zachowania stanowią największe czynniki ryzyka w stosunku do zachowań grupowych w zakładach pracy i poza nimi. Efektem naukowym projektu są publikacje naukowe:

1) Gujski M, Jankowski M, Pinkas J., Wierzba W, Samel-Kowalik P, Zaczyński A, Jędrusik P, Pańkowski I, Juszczyk G, Rakocy K, Raciborski F, Prevalance of Current and Past SARS-Cov-2 Infection among Police Employers in Poland, June-July 2020, „J Clin Med.”2020 9, s 1-14, Impact Factor – 3,303 MNiSW – 140.
2) Raciborski F, Jankowski M, Gujski M, Pinkas J., Samel-Kowalik P, Zaczyński A, Pańkowski I, Rakocy K, Wierzba W, Prevention of SARS-CoV-2 „Infection among Pollice officers in Poland – Implications for Public Health Policies „ Int J Environ Res Pollic Health” 2020; 17(23) s. 1=16. Impact Factor 2,849,MNiSW – 70
3) Jankowski M, Gujski M, Pinkas J., Opoczyńska-Swieżewska D., Krzych-Fałta E., Lusawa A., Wierzba W., Raciborski F, The prevalance of cigarette, e-cigarette, and heated tobacco

use among police employes in Poland. A 2020 cross-sectional survey, „Int J Occup Med. Environ Health" 2021; 34(6) Impact Factor – 1,541 MNiSW

„Badanie kliniczne w zakresie poszukiwania markerów genetycznych odpowiedzialnych za intensywność przebiegu choroby COVID-19, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z towarzyszącymi chorobami krążeniowo – oddechowymi". Projekt realizowany jest od maja 2020 a termin jego zakończenia upływa we wrześniu 2021 a jego celem jest poznanie głównych genetycznych predyspozycji osób ze schorzeniami krążeniowo – oddechowymi do zachorowania i przebiegu COVID-19. Opiera się na innowacyjnej metodyce sekwencjonowania całogenomowego (WGS) a następnie wywoływaniu i filtrowaniu wariantów genetycznych, budowie dedykowanych dla danej jednostki chorobowej narzędzi analitycznych, a także tworzeniu i zaadoptowaniu algorytmów pozwalających na wyszukiwanie wariantów istotnych klinicznie w chorobie COVID-19. Stworzenie narzędzi analitycznych uwzględniających pokrewieństwo analizowanych chorych. W ramach projektu analizie poddano materiał pobrany od 200 pacjentów hospitalizowanych w CSK MSWiA a wnioski posłużą do stworzenia unikalnej bazy ponad 1200 genomów osób z różnym przebiegiem COVID-19 a docelowo do opracowania innowacyjnego szybkiego testu diagnostycznego pozwalającego na ustalenie możliwego przebiegu COVID-19 u osób narażonych na kontakt z wirusem. Publikacje:

„Opracowanie innowacyjnego testu diagnostycznego do oceny przebiegu COVID-19 oraz powikłań pochorobowych z wykorzystaniem analizy całogenomowej". Celem projektu jest przeprowadzenie badań i prac rozwojowych w kierunku opracowania nowego rodzaju testu umożliwiającego ocenę przebiegu choroby wywołanej koronawirusem, co następnie przyczyni się do opracowania nowych metod prewencji rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i zwalczania choroby COVID-19. Test będzie umożliwiał precyzyjne i szybkie wskazanie tych pacjentów, którzy mogą potrzebować hospitalizacji i wykorzystania sprzętu ratującego życie z uwagi na istniejące genetyczne predyspozycje do rozwinięcia ciężkiego przebiegu choroby. Projekt o charakterze niekomercyjnych badań klinicznych, z udziałem około 1000 pacjentów, głównie hospitalizowanych w CSK MSWiA w wyniku zakażenia nowym koronawirusem SARS-CoV-2. Prace rozwojowe będą polegały na sekwencjonowaniu całego genomu (WGS) pacjentów oraz zebraniu szczegółowej historii klinicznej przebiegu infekcji COVID-19. Projekt realizowany jest do końca lipca 2021 a dotychczas uzyskane wyniki włączone zostały do wniosków zawartych w opublikowanych na łamach Science w roku 2020 artykule pt. „Inborn errors of type I IFN immunity in patients with life-threatening

COVID-19" https://science.sciencemag.org/content/early/2020/09/23/science.abd4585.long) w którym CSK MSWiA jest jednym z wymienionych ośrodków realizujących badania. Oba projekty znajdują się w fazie opracowywania wyników do celów publikacji a także prototypowego testu diagnostycznego z użyciem innowacyjnych narzędzi z zakresu Artificial Inteligence których wytworzenie było w jednym z celów w/w projektu. Projekty dotyczące analizy markerów genetycznych podłoża i przebiegu COVID-19 są pierwszymi tego typu badaniami prowadzonymi z użyciem sekwencjonowania pełnogenomowego (WGS) w tej skali w Polsce a ich wyniki będą elementem tworzonej bazy danych genetycznych Polaków o skali dotychczas nieosiągalnej. Publikacje z zakresu dwóch powyższych projektów:

1) Król, Zbigniew J., Małgorzata Dorobek, Maciej Dąbrowski, Justyna Zielińska-Turek, Bartosz Mruk, Jerzy Walecki, Katarzyna Sklinda, Gil Robert, Agnieszka Pawlak, Marzena Wojtaszewska, Adrian Lejman, Paula Dobosz, Paweł Zawadzki, Aneta Pawłowska, Michał Szczepaniak, Dorota Król, Artur Zaczyński, Waldemar Wierzba, SARS-CoV-2 infection activating a novel variant of the NOTCH3 gene and subsequently causing development of CADASIL, Archives of Medical Science, 2022 IF 3,318
2) Dobosz Paula, Maria Stępień, Anna Golke, and Tomasz Dzieciątkowski, Challenges of the Immunotherapy: Perspectives and Limitations of the Immune Checkpoint Inhibitor Treatment, International Journal of Molecular Sciences, 2022 IF 5,923
3) inc. Król Z. Autoantibodies against type I IFNs in patients with life-threatening COVID-19, Science 2020, IF 47, 728
4) inc. Król Z. Inborn errors of type I IFN immunity in patients with life-threatening COVID-19, Science 2021, IF 47, 728
5) inc. Król Z. , X-linked recessive TLR7 deficiency in ~1% of men under 60 years old with life-threatening COVID-19, Science Immunology 2021, IF 17,72
6) inc. Król Z., Autoantibodies neutralizing type I IFNs are present in ~4% of uninfected individuals over 70 years old and account for ~20% of COVID-19 deaths, Science Immunology 2021, IF 17,72
7) Dobosz, P., Stempor, P.A., Ramírez Moreno, M. Bułgakova N. Transcriptional and post-transcriptional regulation of checkpoint genes on the tumour side of the immunological synapsę, Heredity 2022, IF 3,821
8) Kaja, Elżbieta, Adrian Lejman, Dawid Sielski, Mateusz Sypniewski, Tomasz Gambin, Mateusz Dawidziuk, Tomasz Suchocki, Paweł Golik, Marzena Wojtaszewska, Magdalena Mroczek, Maria Stępień, Joanna Szyda, Karolina Lisiak-Teodorczyk, Filip Wolbach, Daria Kołodziejska, Katarzyna Ferdyn, Maciej Dąbrowski, Alicja Woźna, Marcin Żytkiewicz,

Anna Bodora-Troińska, Waldemar Elikowski, Zbigniew J. Król, Artur Zaczyński, Agnieszka Pawlak, Robert Gil, Waldemar Wierzba, Paula Dobosz, Katarzyna Zawadzka, Paweł Zawadzki, and Paweł Sztromwasser. The Thousand Polish Genomes—A Database of Polish Variant Allele Frequencies, International Journal of Molecular Sciences 2022, IF 5,923

„Prospektywne, jednoośrodkowe badanie oceniające wpływ podania osocza ozdrowieńców na przebieg choroby i dalsze rokowanie u pacjentów z objawowym, aktywnym zakażeniem SARS-CoV-2”. Projekt realizowany w ramach umowy o dofinansowanie z NCBiR (nr projektu: 3/2020 dofinansowanie w kwocie 502 952 zł) w okresie od kwietnia 2020 do lutego 2021. Był to jeden z pierwszych projektów badawczych realizowanych w Polsce wykorzystujący podanie osocza ozdrowieńców osobom chorym na COVID-19 a jednocześnie przyczynił się w istotny sposób do promocji donacji osocza oraz stosowania tej metody leczenia przez środowisko medyczne. Wyniki stanowią istotną polemikę z innymi pracami naukowymi dotyczącymi leczenia osoczem ozdrowieńców, które pokazywały głównie jego nieskuteczność. Wyniki projektu dowodzą iż racjonalne leczenie osoczem u pacjentów z ciężkim przebiegiem, szczególnie z chorobami współistniejącymi i we wczesnej fazie choroby w istotny statystycznie sposób przyczynia się do zmniejszenia śmiertelności. Dotychczas opublikowana praca naukowa to efekt badań przeprowadzonych w ramach projektu: Tworek A., Jaroń K, Uszyńska-Kałuża B., Rydzewski A., Gil R., Deptała A., Franek E., Wójtowicz R, Życińska K, Walecka I, Cicha M, Wierzba W. Zaczyński A, Król Z K, Rydzewska G,. Convalescent plasma treatment is associated with lower mortality and better outcomes in high-risk COVID-19 patients – propensity-score matched case-control study.International Journal of Infectious Diseases 105 (2021) 209–215, https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.054 , IF 3.

Na etapie przygotowania lub recenzji są kolejne 4 prace dotyczące m in następujących zagadnień:

1) ocena wartości prognostycznej cytokin w przebiegu COVID-19 oraz ich korelacja z występowaniem objawów klinicznych charakterystycznych dla SARS-CoV-2. Wyniki wskazują iż kilka z badanych cytokin ma wartość prognostyczną ciężkiego przebiegu COVID-19. Niektóre z nich możemy powiązać z objawami takimi jak zaburzenia smaku czy węchu. Praca w przygotowaniu do publikacji;
2) ocena wpływu stężenia przeciwciał w osoczu ozdrowieńców na przebieg COVID-19 oraz dynamikę zmiany poziomu interleukin- wyniki w opracowaniu statystycznym;

3) ocena stężenia dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej na przebieg COVID-19- wyniki w opracowaniu statystycznym;
4) porównanie przeciwciał odpornościowych po przebytym SARS-CoV-2 i leczeniu osoczem ozdrowieńców oraz u dawców osocza. Badanie połączone z 6-miesięcznym monitorowaniem poziomu przeciwciał u dawców.- badanie w opracowaniu danych.

„Analiza mikrobiomu jelitowego jako czynnika diagnostycznego, rokowniczego oraz terapeutycznego u chorych z COVID-19”. Projekt (nr 33/2020) realizowany ze środków NCBiR w ramach konsorcjum z Uniwersytetem Jagiellońskim gdzie pełnię rolę Koordynatora Naukowego z ramienia CSK MSWiA, próbujemy uzyskać odpowiedzi na pytania o związek pomiędzy zmiennością mikrobiomu przewodu pokarmowego, cechami fenotypowymi wirusa SARS-CoV-2 a rokowaniem i odpowiedzią na leczenie u pacjentów z COVID-19 w trakcie hospitalizacji. Projekt realizowany będzie do października 2021 a zgromadzony materiał podlega analizie zmian składu i funkcji mikrobiomu jelitowego, oraz korelacji ilościowej zakażenia, genotypu i fenotypu wirusa SARS-CoV-2 u pacjentów hospitalizowanych w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie. Przy użyciu technik bioinformatycznych oraz uczenia maszynowego, określony zostanie związek między zmiennością mikrobiomu przewodu pokarmowego a rokowaniem i odpowiedzią na leczenie u tych chorych. Dzięki realizacji tego projektu możliwe będzie określenie biomarkerów pozwalających na ocenę przebiegu choroby, rokowania oraz dobór optymalnej terapii dla pacjentów z COVID-19. Pozwoli to na przyspieszenie zdrowienia, zmniejszenie śmiertelności oraz redukcję obciążenia systemu opieki zdrowotnej. Wyniki stanowić będą istotny wkład polskiej szkoły medycznej w rozwój metod leczenia zarówno tego jak i podobnie zachowujących się chorób wirusowych. Projekt zakończy się 30.04.2022 a publikacje są w trakcie przygotowywania.

„Bezkontaktowy System Wczesnego Wykrywania Zagrożenia Wirusowego COVID-19”. Projekt finansowany ze środków NCBiR w konsorcjum z Politechniką Śląską w Gliwicach (Lider) którego celem jest stworzenie technologii wczesnego wykrywania zagrożenia wirusowego. Opracowana technologia umożliwi na podstawie analizy strumienia wideo, z kamery wizyjnej oraz termowizyjnej z wykorzystaniem algorytmów sztucznej inteligencji bazujących na technologii głębokiego uczenia, bezkontaktowe wykrycie na masową skalę najpowszechniejszych symptomów COVID-19, jakimi są gorączka i kaszel. Ponadto, w ramach projektu zostaną przeprowadzone badania mające na celu opracowanie algorytmu bazującego na sztucznej inteligencji wykrywającego nieznane dotąd cechy osób zarażonych na podstawie

analizy dynamiki zmian temperatury twarzy osób podczas wykonywania określonych aktywności. Wdrożenie wyników projektu posłuży zwiększeniu priorytetowej zdolności wczesnego wykrywania osób zarażonych koronawirusem w celu umożliwienia poddania chorych możliwie wcześnie kwarantannie a tym samym niedopuszczenie do dalszej propagacji wirusa. Projekt zakończony w marcu 2022 i obejmował działania wdrożeniowe. Publikacje nie zostały przewidziane z uwagi na charakter projektu/

„Grafeno-metaliczny aerosol (MetaGrafen) jako długoterminowy i nietoksyczny środek przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2”. Projekt finansowany ze środków NCBiR w konsorcjum z Szkołą Główną Gospodarstwa Wiejskiego (Lider), którego celem jest opracowanie założeń, procedury i bezpieczeństwa stosowania środka do dezynfekcji (aerosolu/płynu), opartego na płatkach tlenku grafenu (GO), inkrustowanych nanocząstkami metali szlachetnych jak Ag(0), Pt(0) oraz ZnO, jako czynnika stosowanego do wszechstronnej, długoterminowej i bezpiecznej dla człowieka dezynfekcji środowiska pracy, odzieży ochronnej i innych materiałów, do stosowania zwłaszcza przeciwko SARS-CoV-2. Zakończenie prac w projekcie przewidziano na kwiecień 2022 i wówczas przygotowywane będą publikacje wyników.

„System monitorowania parametrów życiowych pacjentów COVID-19” - projekt finansowany ze środków NCBiR w konsorcjum z Politechniką Śląską w Gliwicach (Lider). Celem projektu jest opracowanie systemu przeznaczonego do monitorowania parametrów życiowych pacjentów, takich jak EKG, SPO2, temperatura, impedancja klatki piersiowej. System będzie wyposażony w oprogramowanie pozwalające na prezentację danych oraz prezentację alarmów. System będzie mógł być wykorzystany zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak również w warunkach domowych. Zakończenie prac w projekcie miało miejsce w marcu 2022 natomiast projekt miał charakter wdrożeniowy (wyrób medyczny) i nie przewidywał publikacji.

„Rozwój testów antygenowych do wykrywania wirusa SARS-Cov-2 i przeciwciał anty SARS-Cov-2 w ślinie”. Projekt finansowany jest ze środków NCBiR w konsorcjum z Instytut Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk. Projekt ma na celu stworzenie testów antygenowych do wykrywania wirusa SARS-Cov-2 i przeciwciał anty SARS-Cov-2 o potwierdzonej jakości i skuteczności, do produkcji w Polsce, pozwoli na skuteczniejszą walkę z kolejnymi falami pandemii COVID-19. Wysokiej jakości testy wykrywające aktywną i przebytą infekcję COVID-19 w ślinie lub wymazie z ust zapewnią najwyższą czułość i przepustowość, zapewniając możliwość przetestowania znaczącej części populacji. Strategia ta

umożliwi szybką reakcję na kolejne fale pandemii wirusa SARS-Cov-2, co przyczyni się do ratowania ludzkiego życia i ochroni społeczność przed koniecznością ograniczenia życia gospodarczego na wiele tygodni. Projekt zostanie zakończony w kwietniu 2022 i przewiduje wdrożenie wyrobu medycznego w postaci nowego rodzaju testu antygenowego.

„**Ocena skuteczności leczenia chorych z nowotworami neuroendokrynnymi i nieresekcyjnymi przerzutami do wątroby w postępie choroby, z użyciem analogu somatostatyny znakowanego alfa emiterem, ^{225}Ac-DOTATATE”** Projekt jest finansowany ze środków Agencji Badań Medycznych w ramach projektów niekomercyjnych badań klinicznych (projekt nr 2020/ABM/01/00009-00) w kwocie 17 239 505,04 zł. Uzyskane wstępne wyniki badań wskazują na spektakularne wręcz efekty w leczeniu nowotworów neuroendokrynnych. Badanie kliniczne ma za zadanie , że tego typu leczenie radioizotopowe spowoduje przynajmniej zatrzymanie wzrostu wielkości guza/guzów w wątrobie oraz zlokalizowanych w innych narządach. Uważamy ponadto, że może spowodować wręcz zmniejszenie masy guza /guzów, co dodatkowo poprawi przeżycie i wydłuży okres wolny od choroby. Proponowane leczenie powinno także wpłynąć korzystnie na poprawę komfortu życia chorych, m.in. poprzez kontrolę aktywności wydzielniczej nowotworu neuroendokrynnego. Efektem naukowym projektu jest w tej chwili jedna publikacja: Półtorak-Szymczak G Budlewski T., Furmanek M.I., Wierzba W., Walecki J., Mruk B., Radiology imaging of gastro-entero- pancreatic neuroendocrine tumors: the review of current literature with emphasis on the diagnostic value of chosen imaging methods, Frontiers of Oncology, 2020. Projekt przewiduje włączenie do badań 60 pacjentów i jest pierwszym tego typu badaniem klinicznym w Polsce i Europie. W ramach projektu zawiązano współpracę z EU Joint Research Centre, Karlsruhe w Niemczech. Realizacja projektu przewidziana jest do końca 2026 roku więc zarówno wyniki jak i prace naukowe będą przygotowywane w całym tym okresie.

„Ocena aktywności immunologicznej mieszkańców Polski poddawanych szczepieniu przeciwko SARS COV-2”. Przedmiotem projektu jest poznanie zmian tak w odporności humoralnej jak i komórkowej u ludzi (planowana liczba 2000 - po 500 na każdą szczepionkę) w ramach standardowo przyjętych dawek (jedna dla preparatu J&J, dwie dla pozostałych dopuszczonych preparatów) oraz dodatkowego szczepienia preparatem Pfizer (2-go po J&J, 3-go po pozostałych dopuszczonych preparatach)) poddawanych szczepieniu przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2 w okresie 2-letniej obserwacji. Ponadto zostanie podjęta próba porównania odpowiedzi immunologicznej na dostępne w CSK MSWiA szczepionki oraz

potencjalnego wpływu na w/w zmiany profilu odporności w stosunku do genomu szczepionych. Podstawowe cele projektu to:

1) poznanie zmian w ilości swoistych przeciwciał neutralizujących wirusa SARS-CoV-2 pod wpływem szczepionki przeciwko COVID-19 w okresie przed 1-wszym szczepieniem oraz w wybranych okresach czasu (przed 2-gim szczepieniem, po 6 miesiącach oraz w rok) po nim;
2) poznanie zmian w ilości swoistych przeciwciał neutralizujących wirusa SARS-CoV-2 pod wpływem przypominającej dawki (2-giej/3-ciej) szczepionki firmy Pfizer przeciwko COVID-19 w okresie przed dodatkowym szczepieniem oraz w wybranych okresach czasu: 3,6 i 12 miesięcy po nim;
3) poznanie zachowania się wyznaczników tzw. odporności komórkowej (w tym limfocytów T, komórek DC oraz NK) pod wpływem szczepionki przeciwko COVID-19 w okresie przed 1-wszym szczepieniem oraz przed 2-gim szczepieniem, po 6 miesiącach oraz w rok po nim oraz po dodatkowym szczepieniu (2-gim/3-gim w zależności od preparatu): 3,6 i 12 miesięcy po nim;
4) poznanie tzw. gotowości limfocytów B w wybranych okresach czasu (j.w.);
5) próba określenia mechanizmów nabywanej odporności w wyniku szczepienia;
6) próba porównania efektów różnych (Pfizer, Moderna, Astra Zeneca, Johnsson&Johnsson) szczepionek;
7) próba odpowiedzi na pytanie: na jak długo szczepionka zapewnia odporność w stosunku do SARS-CoV-2 w aspekcie genetycznym;
8) wytypowanie spośród grupy ocenianej w pierwszym etapie (osoby poddane szczepieniu 2 dawką lub pojedynczą w przypadku preparatu Johnson&Johnson), która powinna otrzymać także 3 dawkę w związku z niskim poziomem przeciwciał IgG, IgM oraz odporności komórkowej.

Projekt otrzymał dofinansowanie ABM w wysokości 12 852 017,93 zł do końca 2023 roku.

Ponadto w latach 2020 – 2022 pracownicy naukowi Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie byli autorami lub współautorami następujących publikacji:

1) Public Health Interventions to Mitigate Early Spread of SARS-Cov-2 in Poland. Jarosław Pinkas, Mateusz Jankowski, Łukasz Szumowski, Aleksandra Lusawa, Wojciech S. Zgliczyński, Filip Raciborski, Waldemar Wierzba, Mariusz Gujski. Medical Science Monitor, 2020; 26: e924730. DOI: 10.12659/MSM.924730

2) The short-term effects of air pollution on respiratory disease hospitalizations in 5 cities in Poland: comparison of time-series and case-crossover analyses". Alessandro Slama, Andrzej Śliwczyński, Jolanta Woźnica-Pyzikiewicz, Maciej Zdrolik, Bartłomiej Wiśnicki, Jakub Kubajek, Olga Turżańska-Wieczorek, Marcin Studnicki, Waldemar Wierzba, Edward Franek. Environmental Science and Pollution Research. DOI: https://doi.org/10.1007/s11356-020-08542-5 Received: 22 November 2019 /Accepted: 23 March 2020
3) Clinical characteristics and short-term outcomes of coronavirus diesease 2019 - retrospective, single-center expierience of designated hospital in Poland. Błażej Nowak, Piotr Szymański, Igor Pańkowski, Agnieszka Szarowska, Katarzyna Życińska, Wojciech Rogowski, Robert Gil, Mariusz Furmanek, Jacek Tatur, Artur Zaczyński, Zbigniew Król, Waldemar Wierzba. Pol Arch Intern Med. 2020, Vol. 130, No. 5: 407-411 / DOI: 10.20452/pamw.15361
4) Severe respiratory failure in the course of COVID-19, treated with extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). Piotr Suwalski, Andrzej Rydzewski, Rafał Wójtowicz, Jerzy Walecki, Waldemar Wierzba. Polish Heart Journal. Kardiol Pol Online first / DOI: 10.33963/KP.15444
5) Sex differences in the frequency of gastrointestinal symptoms and olfactory or taste disorders among 1,942 non-hospitalized patients with COVID-19. Radosław Sierpiński, Jarosław Pinkas, Mateusz Jankowski, Wojciech S. Zgliczyński, Waldemar Wierzba, Mariusz Gujski, Łukasz Szumowski. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 2020. DOI: 10.20452/pamw.15414
6) Nieprawdziwe informacje w zakresie szczepień ochronnych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego. Aleksandra Lusawa, Jarosław Pinkas, Wojciech S. Zgliczyński, Magdalena Mazurek, Waldemar Wierzba. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2019, Tom 17, Numer 1, s. 40-45. DOI 10.4467/20842627OZ.19.006.11302
7) Transformation of a large multispeciality hospital into dedicated COVID-19 center during coronavirus pandemic. Zbigniew Król, Piotr Szymański, Adrian Bochnia, Emilia Abramowicz, Agnieszka Płachta, Radosław Rzepliński, Mikołaj Sługocki, Błażej Nowak, Artur Zaczyński, Krzysztof Kozłowski, Marek Posobkiewicz, Waldemar Wierzba. Ann Agric Environ Med. 2020; 27(2): 201-206. DOI: 10.26444/aaem/123801
8) Dynamics of COVID- 19 outbreak in Poland: an epidemiological analysis of the first two months of the epidemic. Filip Raciborski, Jarosław Pinkas, Mateusz Jankowski, Radosław Sierpiński, Wojciech S. Zgliczyński, Łukasz Szumowski, Kamil Rakocy, Waldemar

Wierzba, Mariusz Gujski. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 2020. DOI: 10.20452/pamw.15430

9) Propensity score-adjusted comparison of thoracoscopic periareolar versus video-assisted approaches for minimally invasive mitral valve surgery. Piotr Suwalski, Radosław Smoczyński, Mariusz Kowalewski, Anna Witkowska, Dominik Drobiński, Wojciech Sarnowski, Waldemar Wierzba, Dariusz Wojciechowski, Robert Gil, Jakub Staromłyński. Polish Heart Journal. Kariologia Polska. Kardiol Pol Online first / DOI: 10.33963/KP.15535
10) Leczenie ECMO u chorych z COVID-19 w Centrum Terapii Pozaustrojowej Kliniki Kardiochirurgii CSK MSWiA w Warszawie. Jakub Staromłyński, Dominik Drobiński, Artur Zaczyński, Mariusz Kowalewski, Maciej Bartczak, Radosław Smoczyński, Anna Witkowska, Waldemar Wierzba, Piotr Suwalski. Kardiol Inwazyjna 2020;15(2):83-89.
11) Cardiovascular diesease, theraphy and mortality of oligosymptomatic and symptomatic infected patients with SARS-CoV-2: experiences of a designated hospital in Poland. Agnieszka Pawlak, Karol Dreżewski, Piotr Szymański, Błażej Nowak, Artur Zaczyński, Zbigniew Król, Waldemar Wierzba, Robert Gil. Polish Heart Journal. Kariologia Polska. DOI: Kardiol Pol Online first / DOI: 10.33963/KP.15596
12) The use of super-selective uterine artery branch embolization and methotrexate in cervical pregnancy – case reports and literature review. Tomasz P. Oleksik, Kamil Pluta, Tadeusz Issat, Artur Jakimiuk, Waldemar Wierzba. Ann Agric Environ Med. 2021; 28(3): 521-524. doi: 10.26444/aaem/127926.
13) Epidemiology of diabetes in Poland in 2014–2017. Iwona Towpik, Magdalena Walicka, Karolina Marcinkowska, Iga Lisicka, Marta Raczyńska, Waldemar Wierzba, Krzysztof Strojek, Przemysław Ryś, Małgorzata Wajda-Cuszlag, Edward Franek. Clinical Diabetology. 2020. DOI: 10.5603/DK.2020.0033
14) Prevalence of current and past SARS-CoV-2 infections among Police employees in Poland, June–July 2020. Mariusz Gujski, Mateusz Jankowski, Jarosław Pinkas, Waldemar Wierzba, Piotr Samel-Kowalik, Artur Zaczyński, Piotr Jędrusik, Igor Pańkowski, Grzegorz Juszczyk, Kamil Rakocy, Filip Raciborski. J. Clin. Med. 2020; 9(3245): 2-14; doi:10.3390/jcm9103245
15) Voluntary smoke-free home rules and exposure to secondhand smoke in. Mateusz Jankowski, Jarosław Pinkas, Wojciech S. Zgliczyński, Dorota Kaleta, Waldemar Wierzba, Mariusz Gujski, Vaughan W. Rees. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17, 07502. DOI:103390/ijerph17207502

16) Midterm results of less invasive approach to ascending aorta and aortic root surgery. Jakub Staromłyński, Mariusz Kowalewski, Wojciech Sarnowski, Radosław Smoczyński, Anna Witkowska, Maciej Bartczak, Dominik Drobiński, Waldemar Wierzba, Piotr Suwalski. J Thorc Dis 2020; 12(11): 6446-6457.
17) Prevention of SARS-CoV-2 Infection Among Police Officers in Poland—Implications for Public Health Policies. Filip Raciborski, Mateusz Jankowski, Mariusz Gujski, Jarosław Pinkas, Piotr Samel-Kowalik, Artur Zaczyński, Igor Pańkowski, Kamil Rakocy, Waldemar Wierzba. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17(23), 9072; https://doi.org/10.3390/ijerph17239072
18) Clostridioides difficile infection in coronavirus disease 2019: an underestimated problem?Konrad Lewandowski, Mariusz Rosołowski, Magdalena Kaniewska, Piotr Kucha, Anna Meler, Waldemar Wierzba, Grażyna Rydzewska. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 2020 Dec 14 on-line first
19) Initiation of COVID-19 vaccination program in Poland: vaccination of patient "Zero". First experience from Central Clinical Hospital of Ministry of Internal Affairs and Administration. Agnieszka Szarowska, Artur Zaczyński, Piotr Szymański, Beata Borawska, Iwona Szarek, Irena Szostkiewicz, Sławomir Butkiewicz, Dorota Szydlarska, Robert Gil, Andrzej Śliwczyński, Alicja Jakubowska, Zbigniew Król, Waldemar Wierzba, for the CSK MSWiA Program Coordination Group. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. DOI: 10.20452/pamw.15734
20) Inflammatory bowel disease is associated with higher seroprevalence rates of antibodies against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Michał Łodyga, Katarzyna Maciejewska, Piotr Eder, Katarzyna Waszak, Kamila Stawczyk-Eder, Michał Michalak, Agnieszka Dobrowolska, Maria Wiśniewska-Jarosińska, Anita Gąsiorowska, Małgorzata Cicha, Waldemar Wierzba, Grażyna Rydzewska. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. DOI: 10.20452/pamw.15796
21) Convalescent plasma treatment is associated with lower mortality and better outcomes in high risk COVID-19 patients - propensity score matched case control study. …, Andrzej Rydzewski, Adam Tworek, Edward Franek, Waldemar Wierzba …. et al. International Journal of Infectious Diseases.
22) Characteristics of osteoporotic vertebral fractures in association with symptomatic status in postmenopausal women – a retrospective study of a single centre in Poland. Piotr Sawicki, Marek Tałałaj, Katarzyna Życińska, Wojciech S. Zgliczyński, Agata

Bogołowska-Stieblich, Jan Krakowiak, Waldemar Wierzba. Ann Agric Environ Med. 2021. DOI: https://doi.org/10.26444/aaem/133230

23) Radiology imaging of gastro-entero-pancreatic neuroendocrine tumors. The review of the current literature with emphasis on the diagnostic value of chosen imaging methods. Gabriela Półtorak-Szymczak, Tadeusz Budlewski, Mariusz Furmanek, Waldemar Wierzba, Jerzy Walecki, Bartosz Mruk. Frontiers in Oncology. doi: 10.3389/fonc.2021.670233
24) The prevalence of cigarette, e-cigarette and heated tobacco use among police employees in Poland: a 2020 cross-sectional survey. Mateusz Jankowski, Mariusz Gujski, Jarosław Pinkas, Dagmara Opoczyńska-Świeżewska, Edyta Krzych-Fałta, Aleksandra Lusawa, Waldemar Wierzba, Filip Raciborski. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. DOI https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01805
25) COVID-19 during pregnancy one year on – what lessons did we learn? Filip Nowakowski, Karolina Krajewska, Katarzyna Klimek, Waldemar Wierzba, Artur Jakimiuk. Ginekologia Polska, 2021; DOI: 10.5603/GP.a2021.0095
26) Analysis of 75 consecutive COVID-19 ECMO cases in Warsaw Centre for Extracorporeal Therapies. Piotr Suwalski, Dominik Drobiński, Radosław Smoczyński, Marzena Franczyk, Wojciech Sarnowski, Agnieszka Gajewska, Anna Witkowska, Waldemar Wierzba, Artur Zaczyński, Zbigniew Król, Konstanty Szułdrzyński, Robert Gałązkowski, Wojciech Nowak, Mateusz Konstantynowicz, Maciej Dąbrowski, Andrzej Rydzewski, Maciej Bartczak, Maciej Puchniewicz, Tomasz Apel, Mariusz Kowalewski, Jakub Staromłyński. Kardiologia Polska, 2021; DOI: 10.33963/KP.a2021.0011
27) Transition from simple V-V to V-A and Hybrid ECMO Configurations in COVID-19 ARDS. Piotr Suwalski, Jakub Staromłyński, Jakub Brączkowski, Maciej Bartczak, Silvia Mariani, Dominik Drobiński, Konstanty Szułdrzyński, Radosław Smoczyński, Marzena Franczyk, Wojciech Sarnowski, Agnieszka Gajewska, Anna Witkowska, Waldemar Wierzba, Artur Zaczyński, Zbigniew Król, Ewa Olek, Michał Pasierski, Justine Mafalda Ravaux, Maria Elena de Piero, Roberto Lorusso, Mariusz Kowalewski. Membranes, 2021; 11, 434. doi: 10,3390/membranes11060434.
28) Dynamics of humoral response to coronavirus antigens among employees of COVID-dedicated hospital: an observational study. Radosław Rzepliński, Piotr Szymański, Karolina Hamer, Magdalena Zdziebko, Agnieszka Szarowska, Tomasz Korcz, Artur Zaczyński, Zbigniew Król, Waldemar Wierzba. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. DOI: 10.20452/pamw.16025

29) Absence of SARS-CoV-2 RNA in peritoneal fluid during surgery in COVID-19 positive pregnant women. Marcin Januszewski, Małgorzata Santor-Zaczyńska, Alicja Jakimiuk, Tomasz Pawel Oleksik, Marek Pokulniewicz, Waldemar Wierzba, Artur Jakimiuk. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. TJMIG-D-21-00060R2
30) Statins in COVID-19 therapy. Justyna Olszewska-Parasiewicz, Łukasz Szarpak, Sylwester Rogula, Aleksandra Gąsecka, Urszula Szymańska, Maria Kwiatkowska, Milosz J. Jaguszewski, Radosław Sierpiński, Artur Zaczynski, Waldemar Wierzba, Dariusz Kosior. Life 2021. Manuscript ID: life-1214249
31) Amputations of lower limb in subjects with diabetes mellitus: reason and 30-day mortality. Magdalena Walicka, Marta Raczyńska, Karolina Marcinkowska, Iga Lisicka, Artur Czaicki, Waldemar Wierzba, Edward Franek. Journal of Diabetes Research, 2021. Article ID 8866126
32) COVID-19 in pregnancy – perinatal outcomes and vertical transmission preventative strategies, when considering more transmissible SARS-coV-2. Marcin Januszewski, Laura Ziuzia-Januszewska, Małgorzata Santor-Zaczyńska, Alicja Jakimiuk, Tomasz Oleksik, Marek Pokulniewicz, Kamil Pluta, Waldemar Wierzba, Artur Jakimiuk. Journal of Clinical Medicine, 2021; jcm-1259995
33) Perception of harmfulness of various tobacco products and e-cigarettes in Poland: A nationwide cross-sectional survey. Mateusz Jankowski, Iwona Wrześniewska-Wal, Aurelia Ostrowska, Aleksandra Lusawa, Waldemar Wierzba, Jarosław Pinkas. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021; Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(16), 8793; https://doi.org/10.3390/ijerph18168793
34) Simple Disposable Odor Identification Tests for Predicting SARS-CoV-2 Positivity. Laura Ziuzia-Januszewska, Paweł Dobrzyński, Krzysztof Ślączka, Jaromir Ciszek, Łukasz Krawiec, Waldemar Wierzba, Artur Zaczyński. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 10185. https://doi.org/10.3390/
35) Is the Course of Covid-19 different during pregnancy? A retrospective comparative study. Marcin Januszewski, Laura Ziuzia-Januszewska, Alicja A. Jakimiuk, Waldemar Wierzba, Anna Głuszko, Joanna Żytyńska_Daniluk, Artur J. Jakimiuk. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 12011. https://doi.org/10.3390/ijerph182212011"
36) Predictors of Rehospitalization and Mortality in Diabetes-Related Hospital Admissions Milena Kozioł, Iwona Towpik, Michał Żurek, Jagoda Niemczynowicz, Małgorzata Wasążnik, Yaroslav Sanchak, Waldemar Wierzba, Edward Franek, Magdalena Walicka J. Clin. Med. 2021, 10(24), 5814; https://doi.org/10.3390/jcm10245814 - 12 Dec 2021

37) COVID-19 Diagnosis based on Taste Disorders: A Case-Control Study Kamil Adamczyk, Michal Herman, Janusz Fraczek, Robert Piec, Barbara Szykula-Piec, Artur Zaczynski, Rafal Wójtowicz, Krzysztof Bojanowski, Ewa Rusyan, Zbigniew Król, Waldemar Wierzba, Edward Franek. Journal of Environmental Science and Public Health. DOI 10.26502/jesph.96120148

Ponadto w 2021 roku opracowana została Agenda Badawcza która określa cele naukowo – badawcze i strategiczne w zakresie badań klinicznych niekomercyjnych (w tym badań wczesnych faz) na lata 2022-2026.

Cele strategiczne w zakresie naukowo – badawczym to:

1) prowadzenie badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinach medycyny w których CSK MSWiA posiada największy potencjał (w tym w ramach ośrodka wczesnych faz);
2) prowadzenie badań komercyjnych we współpracy z firmami farmaceutycznymi w sposób kontrolowany, zgodny z filozofią i misją Szpitala;
3) wdrożenie wyników badań klinicznych w dużych populacjach dzięki wielkiemu potencjałowi działania (średnio ok 90 tyś hospitalizacji rocznie, ok 500 tyś udzielonych porad AOS, ponad 200 tyś porad POZ rocznie);
4) prowadzenie unikalnych badań klinicznych w dziedzinie związanej z wirusem SARS-Cov-2 (jako szpital który przyjął dotąd ponad 12 300 pacjentów z COVID-19);
5) udział w unikalnych badaniach klinicznych realizowanych na zlecenie organów państwowych i unikalnych programów zdrowotnych.

Nazwa projektu Ustawa o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Błażej Poboży – Podsekretarz Stanu w MSWiA **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pan Krzysztof Wawro, Dyrektor Departamentu Zdrowia MSWiA tel. 22 601 19 26 e-mail: dz@mswia.gov.pl	**Data sporządzenia:** 7 października 2022 r. **Źródło** Inicjatywa własna **Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów** UD379

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Utworzenie Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, zwanego dalej „Instytutem", wynika z faktu, że obszar medycyny dotyczący specyfiki i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zwanemu dalej „Ministrem", jak również medycyny interwencyjnej związanej z zabezpieczeniem osób zajmujących najwyższe stanowiska państwowe oraz ważnych wydarzeń państwowych nie był dotychczas dostatecznie rozwijany.

Proponuje się wykorzystanie potencjału technicznego, organizacyjnego i kadrowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, zwanego dalej „CSK MSWiA w Warszawie" (jednego z największych ośrodków medycznych w kraju), i utworzenie na jego bazie państwowego instytutu badawczego, który będzie prowadził badania naukowe i prace rozwojowe w powiązaniu z udzieleniem świadczeń opieki zdrowotnej, działającego w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych i specyfiki służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi.

Utworzenie Instytutu, podmiotu o szerokim spektrum działania oraz wysokim potencjale naukowym i organizacyjnym, którego celem będzie prowadzenie prac badawczych i naukowych w kierunku rozwoju nowoczesnych metod diagnostyki i poprawy sytuacji zdrowotnej, a także badania predyspozycji do służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi, będzie służyć rozwojowi priorytetowej zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa oraz pozwoli na udział w wielu inicjatywach w ramach współpracy międzynarodowej w dziedzinie medycyny uwzględniającej szczególne potrzeby służb mundurowych. Instytut uzupełnia zadania z zakresu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa w obszarze opieki zdrowotnej zarówno w czasie zwykłym, jak i w sytuacjach kryzysowych wymagających dodatkowej mobilizacji.

Oprócz zadań w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy wynikających z narażenia na czynniki szkodliwe występujące w środowisku służby, Instytut nieprzerwanie będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej ogółowi ludności, zapewniając dostęp do najlepszych technologii medycznych stosowanych na świecie.

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

Rekomendowanym rozwiązaniem jest utworzenie Instytutu będącego państwowym instytutem badawczym w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), którego celem będzie:

1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2) prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych i usługowo-badawczych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dotyczących bezpieczeństwa wewnętrznego państwa z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, przystosowywanie wyników tych badań i prac do potrzeb praktyki oraz ich wdrażanie;
3) kształcenie wysokospecjalistycznych kadr medycznych.

Proponuje się, aby Instytut został utworzony w drodze przekształcenia CSK MSWiA w Warszawie, który jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej nadzorowanym przez Ministra i który dysponuje odpowiednim do zadań Instytutu potencjałem technicznym, organizacyjnym i kadrowym.

Proponuje się, aby Instytut został utworzony w drodze ustawy.

Propozycja utworzenia Instytutu w drodze ustawy jest związana z tym, że ustawy ustrojowe, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, nie przewidują możliwości utworzenia instytutu badawczego w drodze przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która określa zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, ustanawia podstawy prawne do połączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 66–68), przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową prawa handlowego (art. 69–82) oraz jego likwidacji (art. 60 i art. 61). Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, która określa zasady tworzenia instytutów badawczych, w art. 5 stanowi, że instytut badawczy tworzy Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, na wniosek ministra właściwego ze względu na planowaną działalność instytutu, złożony po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Pomimo że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i instytut badawczy, który wykonuje działalność leczniczą, są podmiotami leczniczymi, wspomniane wyżej ustawy nie przewidują możliwości zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przez przekształcenie go w instytut badawczy. Prowadzi to do wniosku, że utworzenie Instytutu na bazie składników materialnych i niematerialnych CSK MSWiA w Warszawie wiązałoby się z koniecznością uprzedniej likwidacji tego podmiotu.

Brak możliwości prawnych przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w instytut badawczy, na gruncie ustaw ustrojowych, powoduje konieczność przyjęcia nowych rozwiązań. Tym rozwiązaniem jest propozycja utworzenia Instytutu w drodze aktu prawnego rangi ustawowej. Przekształcenie CSK MSWiA w Warszawie w Instytut w drodze ustawy umożliwi płynne przejście z formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do instytutu badawczego bez konieczności przeprowadzania likwidacji CSK MSWiA w Warszawie i utworzenia nowego podmiotu oraz pozwoli na uniknięcie komplikacji natury formalnej związanych z brakiem następstwa prawnego pomiędzy przekształcanym podmiotem a nowo powstałym instytutem badawczym. Stosownie do przepisów projektowanej ustawy Instytut z dniem przekształcenia wstąpi we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był CSK MSWiA w Warszawie (sukcesja uniwersalna praw i obowiązków) oraz przejmie jego pracowników. Rozwiązanie to zapobiegnie wystąpieniu trudności z zapewnieniem zasobów kadrowych, tym samym przyczyniając się do zagwarantowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to o tyle istotne, że Instytut (będąc podmiotem leczniczym) będzie kontynuował (nieprzerwanie) działalność leczniczą, którą wykonywał CSK MSWiA w Warszawie, prowadził badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych i tym samym uczestniczył w systemie ochrony zdrowia.

W projekcie ustawy o Instytucie zostaną uregulowane takie kwestie jak: zadania, organizacja, organy i gospodarka finansowa Instytutu. W sprawach nieuregulowanych w projekcie ustawy do Instytutu będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.

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

Z uwagi na zakres przedmiotowy projektu brak jest konieczności dokonywania analizy porównawczej z rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach, w tym krajach OECD/UE.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	1	Dane własne	Zmiana formy organizacyjno-prawnej, przekształcenie w Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Rozszerzenie działalności.
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji		Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw	Stworzenie instrumentów nadzorczych.

		Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 2264)	
Funkcjonariusze Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa	150 000	Dane własne	Prowadzenie medycznych badań naukowych mających szczególne znaczenie w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy.
Minister Edukacji i Nauki	1	Minister Edukacji i Nauki kieruje działem administracji rządowej – szkolnictwo wyższe i nauka na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 października 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Edukacji i Nauki (Dz. U. z 2022 r. poz. 18 i 1842)	Możliwość ubiegania się przez Instytut o subwencje z budżetu Ministra Edukacji i Nauki.

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

Projekt ustawy nie podlegał prekonsultacjom.

Projekt ustawy w ramach konsultacji publicznych został przekazany do:

1. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
2. Rady Doskonałości Naukowej;
3. Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych;
4. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej;
5. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych;
6. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny lotniczej;
7. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej;
8. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy;
9. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej;
10. Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny. W trybie wyżej wymienionej ustawy uwag nie zgłoszono.

Wynik konsultacji publicznych został opisany w raporcie z konsultacji, który stanowi załącznik do OSR.

Opinię w sprawie projektu ustawy przedstawił Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej, któremu zostało przekazane stanowisko.

Propozycje zmian do projektu ustawy przedstawiła Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, której zostało przekazane stanowisko.

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	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
budżet państwa	0											0,00
JST	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wydatki ogółem	0	185,60	134,50	283,60	234,90	80,80	79,80	81,70	88,70	81,30	59,60	1310,50
budżet państwa	0	185,60	134,50	283,60	234,90	80,80	79,80	81,70	88,70	81,30	59,60	1310,50

JST	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Saldo ogółem	0	-185,60	-134,50	-283,60	-234,90	-80,80	-79,80	-81,70	-88,70	-81,30	-59,60	-1310,50
budżet państwa	0	-185,60	-134,50	-283,60	-234,90	-80,80	-79,80	-81,70	-88,70	-81,30	-59,60	-1310,50
JST	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródła finansowania

Źródłem finasowania wydatków związanych z realizacją postanowień projektowanej ustawy będą środki zabezpieczone corocznie w ustawach budżetowych z przeznaczeniem na:

1) dotacje podmiotowe na zabezpieczenie wydatków bieżących Instytutu zgodnie z art. 131 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.) – łączna kwota dotacji na lata 2023–2032 wyniesie 112,7 mln zł;
2) dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji zgodnie z art. 127 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych – łączna kwota dotacji na lata 2023–2032 wyniesie 1197,8 mln zł.

Skutki finansowe wynikające z projektu ustawy zostaną pokryte z budżetu państwa dla części 42 - sprawy wewnętrzne. Skutki ustawy będą mieścić się w ramach nakładów na zdrowie, o których mowa w art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki ponad ten wskaźnik.

Podział dotacji podmiotowej i celowej w poszczególnych latach wyniesie:

Rodzaj wydatku	**Rok budżetowy – kwoty podane w mln zł**										
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	RAZEM
dotacja podmiotowa	9,80	10,30	10,60	10,90	11,10	11,40	11,70	12,00	12,30	12,60	**112,70**
dotacja celowa na inwestycje	175,80	124,20	273,00	224,00	69,70	68,40	70,00	76,70	69,00	47,00	**1197,80**
RAZEM	**185,60**	**134,50**	**283,60**	**234,90**	**80,80**	**79,80**	**81,70**	**88,70**	**81,30**	**59,60**	**1310,50**

W 2023 r. wskazana została kwota 185,6 mln zł, która stanowi sumę:

1) dotacji podmiotowej w kwocie 9,8 mln zł;
2) dotacji celowej na dofinansowanie inwestycji w kwocie 175,8 mln zł

dzięki której będzie możliwa realizacja zadań koniecznych ze względu na zapewnienie równoległego rozwoju Szpitala i realizacji celów powoływanego Instytutu. Kwota ta została ujęta w projekcie ustawy budżetowej na 2023 r. jako rezerwa celowa na utworzenie Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Szczegółowe uzasadnienie wydatków inwestycyjnych zostało przedstawione w **załączniku nr 1** do niniejszej oceny skutków regulacji.

Sfinansowanie działalności Instytutu będzie stanowiło podstawę do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa dla części 42 – Sprawy wewnętrzne na ten cel, w tym w 2024 r. w kwocie 134,5 mln zł (suma kwot dotacji podmiotowej oraz celowej na inwestycje, wykazanych w powyższej tabeli) oraz w latach kolejnych w kwotach wykazanych w powyższej tabeli skutków finansowych.

W 2023 r. 9,8 mln zł stanowi dotacja podmiotowa na dofinansowanie działalności bieżącej. Kwota ta została ujęta w ustawie budżetowej na 2023 r. i obejmuje finansowanie działalności bieżącej

w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2023 r. Dla tego wyliczenia przyjęto założenie, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

Kwota dotacji podmiotowej, w wysokości 9,8 mln zł, obejmuje wydatki konieczne do poniesienia na doposażenie planowanych do utworzenia 8 zakładów/katedr badawczo-naukowych.

Zakres działań realizowanych przez zakłady/katedry

Przewiduje się, że każdy z zakładów/katedr będzie prowadził własne, kierunkowe prace naukowo-badawcze z zakresu resortowej medycyny pracy, epidemiologii, profilaktyki medycznej dla służb mundurowych, zdrowia psychicznego szczególnie z nakierowaniem na leczenie stresów pourazowych i wypalenia zawodowego, metodologii organizacji i zarządzania resortowej służby zdrowia i ochrony danych wrażliwych oraz medycyny nakierowanej na wczesną diagnostykę i leczenie specjalistyczne w ramach chorób najczęściej dotykających służby resortowe z zakresu kardiologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii, laryngologii, alergologii, pulmonologii, dermatologii i gastroenterologii.

Każdy z zakładów/katedr w pierwszej fazie działań skupi się na wypracowaniu standardów i procedur postępowania, uwzględniających sytuacje alertowe, w tym przede wszystkim stan zagrożenia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa oraz standardów opieki nad funkcjonariuszami. Będą one przygotowywane przez grono specjalistów (4 etaty) pod kierunkiem i nadzorem kierownika zakładu ze stopniem naukowym profesora. W kolejnej fazie planowana jest publikacja dokumentów oraz prowadzenie stałych konferencji i szkoleń propagujących wypracowane schematy. Ustalone standardy i procedury będą podlegały stałej weryfikacji co do ich aktualności i podlegały zmianom. W trybie zwykłego funkcjonowania prowadzone będą prace w zakresie zleconych analiz, ocen, ekspertyz i standardów diagnostyczno-leczniczych mających zastosowanie w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służbie Ochrony Państwa. Każdy z zakładów/katedr, zgodnie z powierzoną funkcją edukacyjną, będzie kształcił własne kadry naukowe. Jednocześnie pracownicy zakładów, w ramach reprezentowanej dziedziny, będą brali udział w prowadzaniu ustawicznych działań edukacyjnych w celu kształcenia specjalistycznych kadr medycznych, w tym dla potrzeb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa.

Kwota dotacji podmiotowej w 2023 r., w wysokości 9,8 mln zł, obejmuje w szczególności wydatki na:

1. Materiały zużywalne medyczne i niemedyczne, media – oszacowano na kwotę 3 mln zł dla wszystkich zakładów. Estymacja została przeprowadzona metodą ekspercką, z uwzględnieniem danych historycznych dotyczących komórek funkcjonujących w CSK MSWiA w Warszawie, zmian w cenach rynkowych w latach 2021 i 2022 oraz adekwatnie do przewidywanych zadań nakładanych na zakłady/katedry.
2. Usługi, w tym obsługa techniczna, informatyczna, koszt publikacji – oszacowano na kwotę 3 mln zł dla wszystkich zakładów. Przewidywany koszt w pozycji „Usługi" został ustalony na podstawie danych historycznych dotyczących komórek organizacyjnych funkcjonujących w CSK MSWiA w Warszawie oraz zmian w cenach rynkowych lat 2021–2022.
3. Szkolenia i konferencje zewnętrzne oraz organizacja szkoleń wewnątrz Instytutu – oszacowano na kwotę 0,5 mln zł dla wszystkich zakładów. Przewiduje się, że zadania edukacyjne będą w sposób stały i ciągły realizowane przez pracowników zakładów/katedr. Na ten cel zarezerwowano kwotę relatywnie niską, ze względu na fakt, że będą one przede wszystkim organizowane w Centrum Szkoleniowym, stanowiącym zaplecze CSK MSWiA w Warszawie, co przyniesie pewne oszczędności. Część szkoleń i spotkań będzie realizowana w trybie on-line.
4. Opłaty, ubezpieczenia, delegacje i pozostałe koszty rodzajowe – oszacowano na kwotę 0,3 mln zł dla wszystkich zakładów. Estymacja opiera się na danych historycznych dotyczących komórek organizacyjnych funkcjonujących w CSK MSWiA w Warszawie oraz zmian w wysokości wnoszonych opłat w latach 2021–2022.
5. Zakup wyposażenia kwaterunkowego – oszacowano na kwotę 0,5 mln zł dla wszystkich zakładów. Organizacja nowych komórek organizacyjnych w strukturze przyszłego Instytutu, będzie wymagała wydatków na doposażenie w sprzęt kwaterunkowy i biurowy. Na jeden zakład/katedrę przypada kwota 62,5 tys. zł, co nie jest kwotą nadmiarową.

	6. Zakup wyposażenia specjalistycznego – oszacowano na kwotę 2 mln zł dla wszystkich zakładów, czyli ok. 250 tys. zł w przeliczeniu na nową komórkę organizacyjną. Kwota została ustalona ekspercko, w uznaniu koniecznych zakupów sprzętu adekwatnego powierzonym zadaniom oraz specyfice obszaru działalności. 7. Sprzęt komputerowy i biurowy – oszacowano na kwotę 0,5 mln zł dla wszystkich zakładów, co stanowi kwotę 62,5 tys. zł w przeliczeniu na zakład/katedrę. Zakupy planowane do realizacji to sprzęt komputerowy wraz z podstawowym oprogramowaniem i elektroniczne wyposażenie biurowe. Przewiduje się również konieczność dokupienia dla nowych stanowisk komputerowych dodatkowych licencji na oprogramowanie funkcjonujące w CSK MSWiA w Warszawie, instalację łączy oraz zakup licencji do niezbędnego specjalistycznego oprogramowania, które w chwili obecnej nie jest używane. Bazą ustalenia dotacji podmiotowej był rok 2022. Kwotę wydatków dla budżetu państwa w 2023 r. i latach kolejnych obliczono w oparciu o wskaźnik CPI – dynamika średnioroczna na podstawie dokumentu: *Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw, Minister Finansów, Aktualizacja – październik 2022 r*. Przewiduje się, że w kolejnych latach będzie istniała konieczność ponoszenia kosztów operacyjnych zgodnych z opisaną strukturą, kosztów konserwacji i napraw zakupionego sprzętu oraz koszty odtworzeniowe, ze względu na możliwą ich zawodność. Łącznie bezpośredni skutek dla budżetu państwa, jaki wynika z projektu ustawy w 2023 r., to 185,6 mln zł. Ponadto biorąc pod uwagę projektowane przepisy ustawy, w latach kolejnych otwarta jest również możliwość ewentualnego finansowania wydatków wynikających z ustawy ze środków subwencji z budżetu Ministra Edukacji i Nauki. Instytut będzie uzyskiwać przychody w związku z prowadzoną działalnością (w tym m.in. z tytułu wdrażania i upowszechniania wyników swojej działalności naukowej oraz efektów ekonomicznych powstałych z tego tytułu na zasadach określonych w odrębnych przepisach), a uzyskane z przychodów środki przeznaczy na koszty bieżącej działalności.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Utworzenie Instytutu będzie wymagało nakładów finansowych. W celu wzmocnienia potencjału naukowo-badawczego konieczne jest wsparcie finansowe z przeznaczeniem na infrastrukturę tworzonego Instytutu. Zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych, nie tylko w zakresie leczenia, lecz także tworzenia programów profilaktycznych odpowiadających na potrzeby zdrowotne funkcjonariuszy, wymaga rozbudowy bazy diagnostycznej Instytutu. Jednym z celów działania Instytutu jest także zwiększenie i poprawa zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa, w tym także umożliwienie szybkiego powrotu do pełnej sprawności po urazach w związku ze służbą. CSK MSWiA w Warszawie jest jednostką ochrony zdrowia o trzecim stopniu referencyjności i jest zakwalifikowany do szóstego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dysponuje wysoko wyspecjalizowaną kadrą medyczną i naukową. CSK MSWiA w Warszawie przy wsparciu finansowym z budżetu państwa może stać się wiodącym instytutem badawczym w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu z uwzględnieniem specyfiki zagadnień dotyczących bezpieczeństwa wewnętrznego państwa. Rozwój nauki wymaga dodatkowych nakładów finansowych, które pozwolą wzmocnić posiadany potencjał, w celu zmaksymalizowania planowanych efektów. Bazą powoływanego Instytutu jest funkcjonujący Szpital. Interakcje między częściową naukowo-dydaktyczną i leczniczą są w wypadku Instytutu Medycznego wyjątkowo silne. Dlatego też dbanie o rozwój Szpitala jest szczególnie uzasadnione, a poniesienie nakładów finansowych na ten cel – niezbędne. Przewidywane zmiany w zapisach rachunku wyników CSK MSWiA w Warszawie na kolejne lata związane z przekształceniem w Instytut zawiera **załącznik nr 2**. W projekcji zostały uwzględnione informacje uwzględniające estymowane koszty operacyjne. Zamierzenia inwestycyjne wymagają samodzielnych biznesplanów i na tym etapie zostały pominięte.

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

Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z …… r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt z uwagi na swój charakter nie zawiera regulacji dotyczących majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej, a zatem nie podlega obowiązkowi dokonania oceny przewidywanego wpływu proponowanych rozwiązań na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162, z późn. zm.).						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe. Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw ani na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych.							

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 elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie wywiera wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☒ inne: szkolnictwo wyższe	☐ informatyzacja ☒ zdrowie

Omówienie wpływu	Projektowana ustawa zawiera rozwiązania, które będą miały pozytywny wpływ na rozwój dziedzin medycyny mających szczególnie zastosowanie z punktu widzenia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa (medycyna ratunkowa, urazowa, interwencyjna, medycyna pracy), kształcenie i doskonalenie profesjonalnej kadry medycznej. Dysponowanie dobrze wyszkoloną kadrą medyczną będzie miało bezpośredni wpływ na poziom i jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ogółu pacjentów.

11.Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wejście w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

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

Cel	Wskaźnik	Wartość bazowa wg danych na koniec 2021 roku	2023 rok	2024 rok	2025 rok	2026 rok	2027 rok	2028 rok	2029 rok	2030 rok	2031 rok	2032 rok
Zwiększenie liczby świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba hospitalizacji w tys.	40,4	40,4	40,4	55,0	55,0	91,4	91,4	91,4	91,4	91,4	91,4
	Liczba specjalistycznych porad ambulatoryjnych w tys.	342	342	342	364	364	364	364	364	364	364	364
Prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych ukierunkowanych na rozwijanie dziedzin medycyny istotnych dla bezpieczeństwa wewnętrznego państwa oraz potrzeb zdrowotnych ogółu obywateli	Liczba zakładów/katedr	0	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Liczba publikacji	0	30	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Kształcenie wysokospecjalistycznych kadr medycznych.	Liczba zrealizowanych szkoleń	0	6	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Liczba obronionych prac doktorskich	0	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5

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

Załącznik nr 1 – Uzasadnienie do kwot dotacji celowej na inwestycje w latach 2023–2032. Zestawienie dotacji celowej na inwestycje w podziale na lata budżetowe 2023–2032.

Załącznik nr 2 – Rachunek zysków i strat na lata 2023–2032 Państwowy Instytut Medyczny MSWiA.

Załącznik nr 3 – Raport z konsultacji.

Załącznik nr 1

Uzasadnienie do kwot dotacji celowej na inwestycje w latach 2023–2032

CSK MSWiA w Warszawie jest jednym z największych ogólnopolskich wielospecjalistycznych szpitali. Jako pierwszy rozpoczął walkę z pandemią organizując największy w kraju Szpital Tymczasowy, udowadniając tym samym, że posiada wysokie zdolności organizacyjne w obliczu sytuacji kryzysowej, wymagającej szybkiej adaptacji do nowej i niestandardowej sytuacji. CSK MSWiA w Warszawie zabezpieczył w ramach własnych zasobów działalność szpitala zakaźnego COVID-19, organizując jednocześnie opiekę dla pacjentów z innymi schorzeniami. Sytuacja finansowa CSK MSWiA w Warszawie, która wynika przede wszystkim z wysokich kosztów realizowanych działań związanych z walką z pandemią, nie pozwala na przeznaczenie znaczących środków własnych na inwestycje, niezbędnych do utworzenia nowoczesnej jednostki realizującej zarówno świadczenia medycznej najwyższej jakości, jak i działalności badawczo-rozwojowej Instytutu.

Najpilniejsze potrzeby inwestycyjne Instytutu w latach 2023–2032:

1. Instytut tworzony na bazie CSK MSWiA w Warszawie posiada olbrzymi potencjał wielospecjalistycznej opieki nad pacjentami. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna jest niezbędna do celów świadczenia kompleksowej opieki specjalistycznej pacjentom opuszczającym kliniki po zakończonym leczeniu szpitalnym. Dotychczasowy model działania AOS w oparciu o wizyty specjalistyczne na terenie Klinik i Oddziałów Szpitala nie jest obecnie możliwy do realizacji. Rozlokowanie poradni po wszystkich budynkach szpitala uniemożliwia praktycznie świadczenie usług Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej bez kompleksowej modernizacji obszaru wyznaczonego pod nową poradnię AOS, zlokalizowaną w jednym miejscu. W taki sposób zaplanowana inwestycja wpłynie pozytywnie na działalność Instytutu, poprzez lepszą organizację pracy z punktu widzenia korzystających z systemu pracowników sieci MSWiA. Wpłynie to na możliwość realizowania zadań naukowo-badawczych. Koszty inwestycji szacowane są na kwotę 35,8 mln zł. Zgodnie z przewidywaniami inwestycja zakończy się w 2024 r. i ma bezpośredni związek z osiągnięciem mierników wskazanych w pkt 12 OSR (począwszy od 2025 r.).
2. Budowa hybrydowego bloku operacyjnego (w oparciu o Centrum Robotyki z 4 salami operacyjnymi), który jest jednym z największych osiągnięć współczesnej chirurgii i najbardziej zaawansowanym systemem robotycznym na świecie spowodowała konieczność przeniesienia Kliniki Nefrologii i dostosowania pomieszczeń tej kliniki kosztem 6,8 mln zł. Zakończenie inwestycji planowane jest w 2023 r.

   Zadania związane z przebudową klinik są niezbędne z punktu widzenia tworzenia Instytutu, który musi mieć zaplecze w postaci nowoczesnych, spełniających standardy oddziałów.
3. Wiele pomieszczeń i pracowni nie spełnia norm i wymogów epidemiologicznych, jakie postawiła Państwowa Inspekcja Sanitarna, jak również inne służby nadzorujące działalność szpitala, dlatego bez odpowiedniej modernizacji zarówno Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z pracownią Hemodynamiki, jak i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, musiały zostać zmniejszone, gdyż planowane remonty nie doszły do skutku. W wyniku nie wykonanych remontów i modernizacji od końca 2019 r., a ponadto brak możliwości dostosowania pomieszczeń do aktualnych wymogów bezpieczeństwa epidemicznego, baza łóżkowa Szpitala uszczuplona została o ok. 160 łóżek. Na modernizację tych Kinik potrzebne jest dofinansowanie w wysokości 36,5 mln zł, co stanowi odpowiednio: przebudowa pomieszczeń Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych – 11,4 mln zł, przebudowa pomieszczeń Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z pracownią Hemodynamiki – 17,4 mln zł, Przebudowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej – 7,7 mln zł. Projekty są planowane do realizacji w 2023 r.
4. Realizowany obecnie projekt „SORTECH", który ma na celu skuteczne rozwiązanie problemów powstających w SOR na terenie całego kraju, takich jak zwiększenie przepustowości i dostępności SOR dla pacjentów w stanie zagrożenia życia, co spowoduje jeszcze większe zapotrzebowanie na łóżka na oddziałach dla pacjentów przyjmowanych z SOR. Projekt ten ma szansę w znaczący sposób poprawić działanie SOR, ulepszyć koordynację z pogotowaniem ratunkowym, wyremontować obiekty, unowocześnić sprzęt, upłynnić terminowe opuszczenia SOR przez pacjentów, unikając blokowania usług z powodu opóźnień w dokonywaniu wypisów. Szacuje się, że będzie to wymagało dodatkowych inwestycji w bazę łóżkową w liczbie co najmniej 150 łóżek tylko dla potrzeb SOR, na kwotę w wysokości 70 mln zł. Projekt będzie realizowany w latach 2023–2024.

   Dalsze niezakłócone funkcjonowanie diagnostyki obrazowej w Szpitalu dla potrzeb pacjentów z wymagającymi dokładnych badań schorzeniami, wymaga zakupu nowego rezonansu magnetycznego 1,5-teslowego za 13,7 mln zł,

wraz z modernizacją pomieszczeń Zakładu Diagnostyki Obrazowej. Posiadanie tego rodzaju aparatu wpływa na wysoką wartość diagnostyczną powstałych obrazów, uzyskiwane pomiary są bardziej szczegółowe i dokładne, a badania trwają krócej. Wszystkie te elementy składają się na wysoką jakość usług świadczonych przez szpital dla pacjentów oraz wpływają korzystnie na skuteczność leczenia chorych oraz są zgodne z celami powoływanego Instytutu Medycznego.

5. Otwarcie nowych bloków operacyjnych spowoduje konieczność usprawnienia procesu sterylizacji. Obecna centralna sterylizacja, jak i apteka szpitalna nie spełniają podstawowych norm i wymogów jakościowych, a inwestycje w tych obszarach nie doszły do skutku. Obecnie sterylizacja wymaga pilnej wymiany infrastruktury i bazy narzędziowej, a apteka szpitalna nowoczesnego systemu dystrybucji leków, który pozwoli na zmniejszenie strat i kosztochłonności leczenia nawet o 30% w stosunku do obecnych kosztów farmakoterapii. Na ten cel przewidywana jest kwota w wysokości 42,8 mln zł. Modernizacja centralnej sterylizacji jest krokiem w kierunku podnoszenia jakości usług i unowocześnienia procesów sterylizacji. Zapewnia to powstanie najwyższej klasy produktu oraz poprawy bezpieczeństwa pracy pracowników nowopowstającego Instytutu. Realizacja projektu przewidywana jest na lata 2023–2026.
6. Baza transportowa stanowiąca zaplecze techniczne dla karetek i socjalne dla ratowników medycznych CSK MSWiA wymaga pilnego remontu. Konieczny jest również zakup dwóch karetek R i sześć typu P, ponieważ stan techniczny i ich wiek zagraża zdrowiu pacjentów. Minimalny koszt adaptacji pomieszczeń i zakupu karetek to kwota 10,1 mln zł. Zadanie wymaga niezwłocznej realizacji.
7. Szpital aktywnie uczestniczył w procesach transplantacji płuc będących następstwem COVID-19. W rezultacie utworzył odrębny zespół, który jest w stanie podjąć się wykonywania samodzielnie takich zabiegów. Wymaga to jednak całkowitej zmiany infrastruktury OIT-u. Pomieszczenia Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii były przeznaczone do modernizacji przed wybuchem epidemii. W jej trakcie zostały praktycznie wyeksploatowane. Projekt wymaga zachowania szczególnych warunków aseptyki, co wiąże się z nakładami inwestycyjnymi na kwotę 5,2 mln zł. Inwestycja, ze względu na swoją ważkość, musi zostać zrealizowana w 2023 r. Zadanie jest w pełni zgodne z celami powoływanego Instytutu Medycznego, w ramach którego mają być realizowane świadczenia zdrowotne. Inwestycja ma też istotne znaczenie społeczne.
8. Instytut wymaga doposażenia w sprzęt specjalistyczny. Przede wszystkim będzie to dotyczyło zakupu nowoczesnego sprzętu zabiegowego dedykowanego poszczególnym specjalnościom medycznym. Wyposażenie sal operacyjnych spełniające wymagania stawiane standardom leczenia w ośrodku referencyjnym mającym status Instytutu, musi pozostawać w korelacji z rozwijaną obecnie w CSK MSWiA w Warszawie chirurgią robotyczną. Urządzenia planowane do zakupu, ze względu na swoje zaawansowanie technologiczne, wymagają istotnych nakładów finansowych o szacowanej wartości 24,1 mln zł.
9. Wymienione w pkt 3 i 4 potrzeby w zakresie brakujących łóżek szpitalnych w liczbie 310 uzupełnione o dodatkowe 190 łóżek dla nowych kierunków rozwoju, wskazują na konieczność zapewnienia środków na budowę nowego budynku szpitala na 500 łóżek. Poszerzenie infrastruktury szpitala – zarówno budowlanej, jak i sprzętowej – jest fundamentalnym czynnikiem dla zapewniania efektywności, dostępności i wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Łączny koszt inwestycji szacowany jest na kwotę 499 mln zł. Inwestycja ma charakter wieloletni i planowana jest na lata 2023–2026. Zwiększenie liczby łóżek pozwoli osiągnąć mierniki przyjęte w pkt 12 OSR.

   W nowym budynku znalazłyby swoją siedzibę zakłady i katedry Instytutu wraz zapleczem medycznym i naukowo-dydaktycznym. W części medycznej, projekt przewiduje budowę nowego pawilonu z urządzoną izbą przyjęć, pomieszczeniami diagnostycznymi (m.in. RTG, USG, TK, RM), zespołem poradni specjalistycznych oraz częścią zamkniętą, w której znajdą lokalizacje kliniki specjalistyczne. Na osobnym piętrze planowany jest 10-salowy blok operacyjny. Na szczycie zostanie wybudowana platforma przyjmująca zadanie heliportu. Budynek ze względu na swoją podstawową rolę naukowo-dydaktyczną, byłby dedykowany do realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych.

   Budynek choć zespolony z główną lokalizacją łącznikami będzie miał osobne wejścia i w razie konieczności zapewni możliwość odrębnego, niezależnego funkcjonowania. W sytuacji pandemii pozwoliłoby to na niezależne funkcjonowanie obu budynków, ograniczając możliwości transmisji wirusa i innych patogenów.
10. Niezbędne jest przeprowadzenie gruntownej modernizacji nieruchomości będącej własnością Szpitala, zlokalizowanej w warszawskiej dzielnicy Wesoła i adaptowanie budynku na potrzeby zakładu opiekuńczo-leczniczego dla dorosłych oraz oddziału rehabilitacji dziennej nakierowanej na leczenie pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Obecnie budynek ten jest od 8. lat nie używany (zamknięcie ze względu na stan techniczny),

co pogłębia proces jego dewastacji. Inwestycja będzie cennym uzupełnieniem kompleksowości świadczonych usług o nowy zakres opieki długoterminowej. Szacowany koszt inwestycji – 60 mln zł. Ze względu na dbałość o posiadaną infrastrukturę, inwestycja planowo rozpocznie się w 2023 r., a oddanie do użytkowania nastąpi w 2025 r. Realizacja zadania jest zgodna z celem Instytutu, którym jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. W chwili obecnej Szpital nie realizuje zakresów opieki długoterminowej. Byłby to kolejny rodzaj działalności leżący w sferze zainteresowania pracowników naukowych Instytutu Medycznego. Co istotne, uruchomienie Oddziału w Wesołej udrożniłoby przepływ pacjentów hospitalizowanych w lokalizacji Wołoska, wpływając na poprawę organizacji pracy zarówno Szpitala jak i części naukowo-dydaktycznej.

11. W horyzoncie 10-letnim konieczne będzie przeprowadzenie kolejnych modernizacji/adaptacji pomieszczeń, w których realizowane są świadczenia medyczne. Przyjmując, że w miarę istniejących potrzeb sukcesywnie prace obejmą przynajmniej 20 oddziałów (z blokami operacyjnymi i pracowniami) oraz Zakład Usprawniania Leczniczego, przy średniej powierzchni przebudowywanego ośrodka wynoszącej 1000 m^2, sumaryczny szacowany koszt do poniesienia w ciągu dekady, wyniesie 282 mln zł. Są to kolejne zadania mające wpływ na jakość leczenia pacjentów i możliwość wypełniania zadań naukowo-dydaktycznych.
12. W planowanym okresie wymagana będzie wymiana aparatury i urządzeń medycznych w Centrum Radioterapii, w tym trzech akceleratorów i wyposażenia pracowni brachyterapii. Szacowany koszt – 40 mln zł. Zadanie jest w pełni zgodne z celami powoływanego Instytutu Medycznego.
13. W drugiej połowie dekady należy zaplanować stopniową wymianę aparatury i sprzętu medycznego w całym szpitalu oraz wyposażenia IT. Zużycie fizyczne oraz postęp techniczny i technologiczny wymuszają implementację nowych urządzeń.

    Okres bezpiecznego użytkowania urządzeń medycznych, w tym takich aparatów diagnostycznych jak RTG, USG, tomograf, czy rezonans wynosi od 8 do 10 lat. Powyżej tego wieku, urządzenie staje się wyeksploatowane, awaryjne i przestarzałe technologiczne. W przypadku sprzętu IT, w tym serwerów, urządzeń biurowych oraz oprogramowania, konieczność wymiany następuje znacznie szybciej. Stąd od 2026 r. należy zaplanować wymianę posiadanego sprzętu i aparatury. Sumarycznie, w kolejnych latach, została na ten cel zaplanowana kwota 71,8 mln zł.

Łączny koszt inwestycji pozwalający na osiągnięcie pełnej zdolności funkcjonalno-technologicznej Instytutu opisanych powyżej wynosi 1197,8 mln zł. Wyżej wymienione projekty, proponowane do wdrożenia w Instytucie Medycznym MSWiA, w dużej części mają charakter innowacyjny i powstały z inspiracji największymi projektami na świecie, skutecznie działającymi w nowoczesnych szpitalach. Potrzeba unowocześnienia szpitala przekształcanego w Instytut jest dziś związana z presją społeczną, standardem jakości usług medycznych udzielanych w jednostkach medycznych w innych krajach świata, tempem życia i oczekiwaniem pacjentów co do bezproblemowego, szybkiego dostępu do najnowocześniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych, komfortowego zapisu na wizytę, przebiegu procesu hospitalizacji, a także wiedzy uzyskiwanej na temat swojego stanu zdrowia czy bezpieczeństwa ochrony swoich danych osobowych. Nie jest to możliwe bez rewolucji technologicznej w szpitalu, wymiany przestarzałego sprzętu, modernizacji sal operacyjnych, zabiegowych, klinik i oddziałów. Poniżej w tabeli przedstawione jest zestawienie poszczególnych wydatków w rozbiciu na lata budżetowe.

Zestawienie dotacji celowej na inwestycje w podziale na lata budżetowe 2023–2032

ROK	Zadanie inwestycyjne	Kwota dotacji [mln zł]	zakres zadania inwestycyjnego
2023	Przebudowa Kliniki Alergologii	11,4	projekt + wykonanie adaptacji i doposażenie
	Przebudowa Kliniki Kardiologii Inwazyjnej	17,4	Wykonanie adaptacji i doposażenie
	Budowa budynku C	16,9	projekt + I transza
	Przebudowa budynku T oraz zakup karetek	10,1	wykonanie projektu + zakup karetek
	Przebudowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej	7,7	Wykonanie adaptacji
	Przebudowa budynku w Wesołej	20,0	projekt + I transza
	Zakup aparatu RM wraz z dostosowaniem pracowni	13,7	pełna realizacja
	Przebudowa Kliniki Nefrologii	6,8	II transza
	Przebudowa Centralnej Sterylizatorni oraz Apteki Szpitalnej oraz zakup i instalacja systemu dystrybucji leków	21,8	projekt + wykonanie części budowlanej
	Modernizacja OIT	5,2	pełna realizacja
	Projekt SORTECH	40,0	projekt i I transza
	Budowa nowego budynku szpitalnego	3,0	projekt
	Zakup specjalistycznego wyposażenia sal zabiegowych	1,8	
RAZEM 2023 rok		**175,8**	
2024	Przebudowa budynku w Wesołej	17,0	II transza
	Budowa budynku C	18,9	II transza + wyposażenie
	Przebudowa Centralnej Sterylizatorni oraz Apteki Szpitalnej oraz zakup i instalacja systemu dystrybucji leków	21,0	zakup wyposażenia
	Projekt SORTECH	30,0	II transza i doposażenie
	Budowa nowego budynku szpitalnego	35,0	I transza
	Zakup specjalistycznego wyposażenia sal zabiegowych	2,3	
RAZEM 2024 rok		**124,2**	
2025	Budowa nowego budynku szpitalnego	250,0	II transza
	Przebudowa budynku w Wesołej	23,0	wyposażenie
RAZEM 2025 rok		**273,0**	
2026	Budowa nowego budynku szpitalnego	211,0	III transza + wyposażenie
	Zakup specjalistycznego wyposażenia sal zabiegowych	13,0	
RAZEM 2026 rok		**224,0**	
2027	Wymiana aparatury i wyposażenia w Centrum Radioterapii	30,0	wymiana akceleratorów
	Modernizacja oddziałów – 2 oddziały	28,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	4,7	
	Zakup specjalistycznego wyposażenia sal zabiegowych	7,0	
RAZEM 2027 rok		**69,7**	
2028	Wymiana aparatury i wyposażenia w Centrum Radioterapii	10,0	wymiana pozostałej aparatury, urządzeń i wyposażenia
	Modernizacja oddziałów – 4 oddziały	56,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	2,4	

RAZEM 2028 rok		**68,4**	
2029	Modernizacja oddziałów – 4 oddziały	56,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	14,0	
RAZEM 2029 rok		**70,0**	
2030	Modernizacja oddziałów - 4 oddziały	56,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	20,7	
RAZEM 2030 rok		**76,7**	
2031	Modernizacja oddziałów – 4 oddziały	56,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	13,0	
RAZEM 2031 rok		**69,0**	
2032	Modernizacja oddziałów – 2 oddziały	30,0	
	Odtworzeniowa wymiana sprzętu	17,0	
RAZEM 2032 rok		**47,0**	
RAZEM w latach 2023–2032		**1197,8**	

Załącznik nr 2

Rachunek zysków i strat na lata 2020-2031 Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

Lp.	Pozycja/Rok	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A	**Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi w tym:**	**641 154 495,39**	***782 174 348,79***	**651 170 468,93**	**645 455 810,77**	**653 249 778,77**	**661 107 083,63**	**669 915 834,23**	**678 098 875,31**	**687 525 254,70**	**696 335 566,35**	**705 103 291,81**	**713 913 048,90**
I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	643 306 393,19	765 051 788,00	635 708 468,93	628 815 157,77	636 186 828,14	643 530 555,67	651 643 204,10	659 826 244,01	668 075 975,98	676 314 358,71	684 530 467,84	692 792 184,50
II.	Zmiana stanu produktów (zwiększenie "+", zmniejszenie "-")	-16 325 155,84	4 724 560,40	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00	1 000 000,00
III.	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Przychody z dotacji na działalność operacyjną, staże i rezydenci	14 173 258,04	12 398 000,39	14 462 000,00	15 640 653,00	16 062 950,63	16 576 527,96	17 272 630,14	17 272 631,29	18 449 278,72	19 021 207,64	19 572 823,97	20 120 864,40
B	**Koszty działalności operacyjnej**	**681 136 917,01**	**900 639 172,69**	**709 966 664,82**	**704 318 973,97**	**712 358 253,02**	**720 625 835,35**	**729 899 365,58**	**738 247 332,74**	**747 602 185,58**	**756 764 671,87**	**766 195 075,03**	**775 104 567,21**
I.	Amortyzacja	35 999 772,20	46 091 260,27	39 946 387,00	39 946 387,00	39 946 387,00	39 946 387,00	39 946 387,00	39 946 388,00	39 946 389,00	39 946 390,00	39 946 391,00	39 946 392,00
II.	Zużycie materiałów i energii	120 132 266,65	161 653 348,21	153 187 304,38	157 913 286,55	162 176 945,29	167 340 562,04	173 197 481,71	179 086 196,09	184 996 040,56	190 730 917,82	196 262 114,44	201 757 453,64
III.	Usługi obce	114 650 803,17	175 274 530,89	97 046 142,06	89 119 165,20	90 751 022,66	91 704 293,43	92 930 820,21	94 030 994,36	95 268 266,83	96 480 438,23	97 730 426,19	98 909 645,69
IV.	Podatki i opłaty	680 685,39	1 478 435,23	613 800,00	632 214,00	649 283,78	665 515,87	688 808,93	712 228,43	735 731,97	758 539,66	780 537,31	802 392,36
V.	Wynagrodzenia	345 731 286,33	446 249 182,67	354 096 456,79	351 480 000,00	353 237 400,00	355 003 587,00	356 778 604,94	357 848 940,75	359 638 185,45	361 436 376,38	363 604 994,64	365 423 019,61
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	62 244 293,90	68 030 405,66	63 172 185,06	63 266 400,00	63 582 732,00	63 900 645,66	64 220 148,89	64 412 809,33	64 734 873,38	65 058 547,75	65 448 899,04	65 776 143,53
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	1 697 809,37	1 862 009,75	1 904 389,54	1 961 521,22	2 014 482,30	2 064 844,35	2 137 113,91	2 209 775,78	2 282 698,38	2 353 462,03	2 421 712,43	2 489 520,38
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C.	**Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)**	**-39 982 421,62**	***-118 464 823,90***	**-58 796 195,89**	**-58 863 163,21**	**-59 108 474,25**	**-59 518 751,72**	**-59 983 531,35**	**-60 148 457,44**	**-60 076 930,88**	**-60 429 105,53**	**-61 091 783,22**	**-61 191 518,31**
D.	**Pozostałe przychody operacyjne**	**60 164 010,17**	**102 024 611,71**	**64 548 996,00**	**64 410 116,00**	**65 186 296,71**	**65 418 499,22**	**65 751 709,84**	**66 086 729,31**	**66 422 950,90**	**66 749 218,31**	**67 063 897,95**	**67 376 537,61**
I.	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

II.	Dotacje	25 823 556,28	76 684 665,66	56 698 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00	55 898 196,00
III.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	1 918 011,76	1 524 000,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IV.	Inne przychody operacyjne	32 422 442,13	23 815 945,83	7 850 800,00	8 511 920,00	9 288 100,71	9 520 303,22	9 853 513,84	10 188 533,31	10 524 754,90	10 851 022,31	11 165 701,95	11 478 341,61
E.	**Pozostałe koszty operacyjne**	**18 560 411,11**	**23 999 999,75**	**4 925 937,66**	**5 073 715,79**	**5 210 706,12**	**5 340 973,77**	**5 527 907,85**	**5 715 856,72**	**5 527 907,85**	**5 527 907,85**	**5 527 907,85**	**5 527 907,85**
I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0,00	0,00			0,00							
II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	1 465 231,67	0,00										
III.	Inne koszty operacyjne	17 095 179,44	23 999 999,75	4 925 937,66	5 073 715,79	5 210 706,12	5 340 973,77	5 527 907,85	5 715 856,72	5 527 907,85	5 527 907,85	5 527 907,85	5 527 907,85
F.	**Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)**	**1 621 177,44**	**-40 440 211,93**	**826 862,44**	**473 237,00**	**867 116,34**	**558 773,73**	**240 270,63**	**222 415,15**	**818 112,17**	**792 204,93**	**444 206,88**	**657 111,45**
G.	Przychody finansowe	102 435,39	48 038,77	50 000,00	100 000,00	100 000,00	100 000,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00	150 000,00
H.	Koszty finansowe	1 525 612,44	1 873 505,81	800 000,00	500 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00	300 000,00
I.	**Zysk (strata) brutto (F+G-H)**	**198 000,39**	**-42 265 678,97**	**76 862,44**	**73 237,00**	**667 116,34**	**358 773,73**	**90 270,63**	**72 415,15**	**668 112,17**	**642 204,93**	**294 206,88**	**507 111,45**
J.	**Podatek dochodowy**	**48 281,00**	**147 726,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**	**50 000,00**
K.	**Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)**												
L.	**Zysk (strata) netto (I-J-K)**	**149 719,39**	**-42 413 404,97**	**26 862,44**	**23 237,00**	**617 116,34**	**308 773,73**	**40 270,63**	**22 415,15**	**618 112,17**	**592 204,93**	**244 206,88**	**457 111,45**

Warszawa, dnia 22 czerwca 2022 r.

Raport z konsultacji publicznych dot. *projektu ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji*

1. Informacje ogólne

Zgodnie z § 36 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - *Regulamin pracy Rady Ministrów* (M.P. z 2022 r. poz. 348) projekty ustaw lub projekty rozporządzeń przedstawia się do konsultacji publicznych, w tym konsultacji z organizacjami społecznymi lub innymi zainteresowanymi podmiotami albo instytucjami w celu przedstawienia ich stanowiska. Niniejszy dokument stanowi wypełnienie obowiązku, o którym mowa w § 51 ust. 1 Regulaminu, zgodnie z którym organ wnioskujący sporządza raport z konsultacji obejmujący omówienie wyników przeprowadzonych konsultacji publicznych i opiniowania.

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. *o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa* (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projektowana ustawa została udostępniona w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny. Dodatkowo projekt został skierowany do podmiotów, które w ocenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, mogły być nim zainteresowane.

2. Przebieg konsultacji

Projekt ustawy w ramach konsultacji publicznych został przekazany do:

1. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
2. Rady Doskonałości Naukowej,
3. Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych,
4. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej,
5. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych,
6. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny lotniczej,
7. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej,
8. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy,
9. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej,
10. Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego.

Do projektu ustawy stanowisko przedstawiły dodatkowo Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie.

3. Omówienie wyników przeprowadzonych konsultacji publicznych i opiniowania

Podmioty, którym został przekazany projekt ustawy w ramach konsultacji publicznych nie przedstawiły stanowiska.

Omówienie stanowiska projektodawcy do opinii Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Wspólnej Reprezentacji Organizacji

Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie przedstawia załączona do niniejszego raportu tabela.

4. Przedstawienie wyników zasięgnięcia opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu z właściwymi organami i instytucjami Unii Europejskiej, w tym Europejskim Bankiem Centralnym

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia go właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

5. Wskazanie podmiotów, które zgłosiły zainteresowanie pracami nad projektem w trybie przepisów o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa, wraz ze wskazaniem kolejności dokonania zgłoszeń albo informację o ich braku

Nie odnotowano zgłoszeń zainteresowanych podmiotów w trybie przepisów ustawy o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa.

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH

PROJEKTU USTAWY O PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM MINISTERSTWA SPRAW WERWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI (UD379)

lp.	Podmiot zgłaszający	Treść uwagi	Stanowisko MSWiA
1.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	W ocenie Związku Zawodowego, prace nad przedmiotowym projektem ustawy powinny być wstrzymane do czasu przeprowadzenia odpowiednich analiz, uzgodnień i konsultacji merytorycznych oraz dotyczących idei i zasadności samego działania „przekształceniowego", wskazanego w projekcie ustawy. Takie analizy, uzgodnienia i konsultacje powinny być przeprowadzone również z uwzględnieniem różnych interesariuszy, którzy zostali dotychczas pominięci w tym przedstawicieli strony społecznej i „pacjenckiej" — również w odniesieniu do pacjentów „mundurowych". Tym samym, w ocenie Związku Zawodowego, przedmiotowy projekt ustawy powinien być ponownie przedmiotem prac i konsultacji prowadzonych w ramach resortu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji zanim oraz jeśli miałaby być kontynuowana procedura legislacyjna jego dotycząca. Inaczej, jest bardzo wysokie ryzyko — jak chociażby pokazują przedstawione poniżej przykłady — że powstanie niewydolna i generująca straty forma organizacyjna i prawna, a w konsekwencji może to doprowadzić do ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów, w tym również ze służb mundurowych.	**Uwaga o charakterze ogólnym** W ocenie wnioskodawcy brak jest uzasadnionych podstaw do wstrzymania prac nad projektem ustawy.
2.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie (dalej: „CSK MSWiA" lub „Szpital") jest jednym z filarów tzw. „resortowej" Służby Zdrowia MSWiA[1], jako jeden z podmiotów leczniczych podległych strukturom Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Ze względu na zadania CSK MSWiA, jego lokalizację oraz przeznaczenie, można wskazywać, że Szpital jest kluczowym i krytycznym elementem medycznej infrastruktury „resortowej" w tej części Polski oraz jednym z kluczowych podmiotów leczniczych, zapewniających świadczenie usług zdrowotnych dla społeczeństwa i pacjentów w Warszawie oraz na Mazowszu, a także również w Polsce. Przy tak istotnych i ważnych	**Uwaga o charakterze ogólnym** Przesłanki, jakimi kieruje się wnioskodawca proponując przekształcenie CSK MSWiA, który działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Państwowy Instytut Medyczny MSWiA (dalej „Instytut"), który będzie instytutem badawczym (instytutem medycznym), zostały przedstawione w uzasadnieniu projektu ustawy.

[1] https://www.gov.pl/web/mswia/sluzba-zdrowia-mswia

		instytucjach oraz działaniach konieczne jest określenie, czemu służyć ma zmiana oraz jakie konsekwencje ona wywołać może, również w kontekście „resortowej" ochrony zdrowia. Nie wolno zapominać o kluczowej roli CSK MSWiA w walce z epidemią COVID-19 i jej skutkami oraz nie można wykluczyć tego, że mogą pojawić się kolejne „fale" epidemii lub mutacje. CSK MSWiA poradził sobie z dotychczasowymi wyzwaniami w tym zakresie oraz jest przygotowany i doświadczony w kontekście kolejnych tego typu wyzwań. Natomiast zmiany „przekształceniowe" mogą spowodować dodatkowe lub nieprzewidziane utrudnienia organizacyjnie w kontekście mierzenia się ww. wyzwaniami. Ponadto, powinno się określić, jaki kierunek zmian lub rozwoju ma dotyczyć całej „resortowej" ochrony zdrowia, której CSK MSWiA jest elementem, a także czy planowane działania wskazane w projekcie ustawy wpasowują się w taką szerszą perspektywę? Czy może odwrotnie, jest to działanie wyłącznie „punktowe" i oderwane od innych działań. Niestety, nie zostało to jednak wskazane. W ocenie Związku Zawodowego, takie zmiany, jakie przewidziane zostały w projekcie ustawy, powinny jednak być również rozpatrywane w szerszym kontekście i powinny być poprzedzone rzetelną dyskusją i analizą, w którą stronę ma zmierzać „resortowa" ochrona zdrowia oraz jej rozwój.	Celem działań, o których mowa wyżej, jest powołanie do życia podmiotu, który w pełni wykorzysta potencjał leczniczy, naukowy i organizacyjny tkwiący w CSK MSWiA i z powodzeniem połączy działalność leczniczą z działalnością naukową i badawczo-rozwojową. Wbrew wyrażanym przez Związki Zawodowe obawom, dominującym obszarem aktywności Instytutu nadal będzie pozostawała działalność medyczna i udzielanie świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Utworzenie Instytutu nie pogorszy zatem w żaden sposób sytuacji pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Ponadto, dzięki prowadzeniu badań naukowych i prac rozwojowych ukierunkowanych na rozwijanie dziedzin medycyny istotnych dla bezpieczeństwa wewnętrznego państwa utworzenie Instytutu będzie również służyło rozwojowi priorytetowej zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Instytut obejmie wyspecjalizowaną opieką medyczną funkcjonariuszy służb podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji. Będzie również kształcił kolejne pokolenia badaczy, którzy będą zapleczem naukowym dla dotychczas nie rozwijanej w Polsce wiedzy, będącej jednym z elementów bezpieczeństwa państwa. Wymierne cele powołania Instytutu Medycznego MSWiA zostały wskazane w pkt 2 oceny skutków regulacji. Będą nimi: 1) zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych; 2) prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych ukierunkowanych na rozwijanie dziedzin medycyny istotnych dla bezpieczeństwa wewnętrznego państwa oraz potrzeb zdrowotnych ogółu obywateli; 3) kształcenie wysokospecjalistycznych kadr medycznych.
3.	Zarząd Krajowy Związku	Związek Zawodowy pragnie wskazać, że prace przygotowawcze i analizy, dotyczące przekształcenia CSK MSWiA w Instytut, nie były prowadzone z	**Uwaga o charakterze ogólnym**

	Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	uwzględnieniem tak potrzebnych konsultacji z udziałem przynajmniej części interesariuszy, którzy przy tego rodzaju projektach powinni być zaangażowani, aby chociaż poznać ich perspektywę i stanowisko. Jak pokazuje historia restrukturyzacji i przekształceń zakładów opieki zdrowotnej / podmiotów leczniczych w Polsce, brak uwzględnienia perspektywy różnych stron i interesariuszy bardzo utrudnia podejmowane działania oraz może istotnie zmniejszać ich efektywność, a tym samym nawet celowość. W tym miejscu należy wskazać, że w szczególności Związek Zawodowy, inne związki zawodowe przy CSK MSWiA oraz przedstawiciele „strony społecznej" i „pacjenckiej" nie byli dotąd odpowiednio konsultowani zarówno ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, jak i ze strony Kierownictwa CSK MSWiA. W praktyce to Związek Zawodowy i inne związki zawodowe w CSK MSWiA, starały się proaktywnie uzyskiwać odpowiednie informacje na temat planów i działań oraz przyszłości CSK MSWiA np. w trybie dostępu do informacji publicznej. Nie były to jednak tak potrzebne konsultacje merytoryczne.	Celem projektowanej ustawy jest utworzenie Instytutu, który będzie podmiotem o wysokim potencjale naukowym i organizacyjnym oraz znacznie szerszym spektrum działania niż CSK MSWiA. Utworzenie Instytutu będzie służyć nie tylko potrzebom zdrowotnym obywateli, ale również rozwojowi priorytetowej zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa i potrzebom zdrowotnym funkcjonariuszy służb podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz pozwoli na udział w wielu inicjatywach w ramach współpracy międzynarodowej w dziedzinie medycyny uwzględniającej szczególne potrzeby służb mundurowych. Celem projektu nie jest ograniczanie działalności, w tym w szczególności działalności leczniczej w stosunku do tej prowadzonej aktualnie przez CSK MSWiA. Podkreślenia w związku z tym wymaga, że sytuacja pacjentów nie ulegnie pogorszeniu. Zakłada się, że wymiernym celem utworzenia Instytutu będzie zwiększenie liczby świadczeń zdrowotnych. Przekształcenie CSK MSWiA w Instytut nie wpłynie też negatywnie na osoby zatrudnione w CSK MSWiA (na podstawie umowy o pracę albo umów cywilno-prawnych). Celem projektowanej ustawy jest, aby wszyscy ci, którzy w dniu wejścia jej w życie będą pracownikami CSK MSWiA stali się pracownikami Instytutu. Przepis art. 27 ust. 1 pkt 1 projektowanej ustawy stanowi, że *„z dniem wejścia w życie ustawy pracownicy zatrudnieni w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się pracownikami Instytutu*". Skutek, o którym mowa w przepisie, nastąpi z mocy prawa. Celem zapewnienia pracownikom CSK MSWiA niezmienionych warunków pracy i płacy w nowoutworzonym Instytucie, projekt ustawy w art. 27 ust. 1 pkt 3 przewiduje, że *„regulaminy określające prawa i obowiązki stron stosunków pracy nawiązanych w*

			Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie na podstawie przepisów dotychczasowych zachowują moc do czasu ich zmiany w trybie określonym w przepisach prawa pracy". Instytut stanie się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez CSK MSWiA, a zatem również umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. kontraktów).
4.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Aktualnie prowadzone konsultacje publiczne w procedurze legislacyjnej zostały skrócone do 10 (dziesięciu) dni, co można zinterpretować jako chęć wyłącznie formalnego zorganizowania takich konsultacji, niestety bez praktycznych szans na merytoryczną wymianę zdań i poglądów. Trudno jest w taki krótkim czasie przedstawić odrębne wyliczenia i analizy, które mogłyby być skonfrontowane z tymi, które zostały przedstawione w uzasadnieniu do projektu ustawy i w dokumencie „Ocena Skutków Regulacji".	**Uwaga o charakterze ogólnym** Kierując projekt ustawy do uzgodnień i konsultacji publicznych wnioskodawca wyznaczył dziesięciodniowy termin do zajęcia stanowiska. Mając na uwadze, że w przypadku projektu aktu normatywnego wyznaczenie terminu do zajęcia stanowiska krótszego niż 14 dni wymaga uzasadnienia, w piśmie kierującym projekt do konsultacji publicznych wyjaśniono, iż działanie takie wynikało z potrzeby czasowej optymalizacji procesu przekształcenia CSK MSWiA w Instytut i podjęcia przez niego działalności, która będzie miała na celu m.in. wzmocnienie bezpieczeństwa wewnętrznego państwa (w sferze zainteresowania Instytutu będą znajdowały się w szczególności: specyfika służby, potrzeby zdrowotne oraz rozwój zdolności operacyjnej funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo wewnętrzne), jak również wprowadzenie w życie standardów postępowania medycznego na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa, w szczególności o charakterze terrorystycznym lub mnogim, a także związanych ze stanami nadzwyczajnymi.
5.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw	Według wiedzy Związku Zawodowego, nie przekazano do szerszych konsultacji publicznych żadnych założeń ani projektu kluczowego dokumentu, jakim ma być „Statut" dla przekształconego Instytutu MSWiA. Nie przedstawiono również szerzej dokumentów „strategicznych" lub „analitycznych", które zapewne powstały (a przynajmniej powinny powstać), aby móc racjonalnie i merytorycznie	**Uwaga o charakterze ogólnym** Do uzgodnień i konsultacji publicznych został przekazany projekt ustawy oraz uzasadnienie projektu ustawy wraz z oceną skutków regulacji.

	Wewnętrznych i Administracji Publicznej	ocenić, jak wyglądać ma docelowo Instytut MSWiA (jego struktura, procesy wewnętrzne itd.), w który ma zostać przekształcony CSK MSWiA. Tym samym, nie ma niestety dostępnego, pełniejszego obrazu powodów tworzenia, uzasadnienia tego działania oraz docelowych założeń funkcjonowania w przyszłości dla planowanego Instytutu MSWiA.	W uzasadnieniu projektu ustawy zostały wyjaśnione potrzeba i cel wydania projektowanej ustawy.
6.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	W dokumencie „Ocena Skutków Regulacji" do projektu ustawy wskazano, że „przyjęto założenie, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2022 r." (w oparciu o tę datę również przyjęto wyliczenia). Z kolei w art. 27 projektu ustawy wskazano, że „Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia." Biorąc pod uwagę, że zostały około 2 miesiące i 10 dni do zakładanego wejścia w życie projektu ustawy, a także to, że wskazany okres „vacatio legis" to jeden miesiąc, to w praktyce na całą procedurę legislacyjną przewidziano około 1 miesiąca czasu, czyli na rozpatrzenie przez Sejm RP, Senat RP i podpisanie ustawy przez Prezydenta RP, gdzie samo procedowanie w Senacie RP może mniej więcej tyle czasu ustawowo zająć. Powyższe również można interpretować jako brak przewidzenia potrzeby i przestrzeni czasowej dla faktycznej dyskusji i analizy merytorycznej dotyczącej planowanego przekształcenia CSK MSWiA w Instytut MSWiA.	**Uwaga o charakterze ogólnym** Zawarta w cenie skutków regulacji informacja, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2022 r. ma charakter orientacyjny i została wskazana w związku z koniecznością określenia wpływu projektowanej ustawy na sektor finansów publicznych.
7.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Z projektu ustawy, jak i załączonych do niego dokumentów, w ocenie Związku Zawodowego, nie wynika w przejrzysty i racjonalnie uargumentowany sposób, jak samo przekształcenie CSK MSWIA w Instytut MSWiA miałoby wpłynąć na bieżące i efektywne ekonomicznie funkcjonowanie podmiotu leczniczego oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych. Poza pewnymi ogólnymi sformułowaniami, nie ma bowiem odpowiedniej informacji i uzasadnienia, czy w zakresie bieżącej działalności podmiotu leczniczego to się opłaca i dlaczego się opłaca. Brak odpowiednio przygotowanego planu oraz ekonomicznego uzasadnienia w perspektywie długoletniego działania w tej nowej strukturze i formie prawnej, może doprowadzić do powstania podmiotu leczniczego posiadającego permanentnie złe wyniki finansowe i zadłużonego, a także nieefektywnego ekonomicznie. Stabilność finansowa ma natomiast wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i jakość ich leczenia oraz na budowanie odpowiednich kadr personelu medycznego. Ten aspekt wydaje się jednak co najmniej zaniedbany jeśli nawet w praktyce pominięty w planach. Z perspektywy informacji zawartych w dokumencie „Ocena Skutków Regulacji", takie zaniechanie nie powinno mieć	**Uwaga o charakterze ogólnym** Pomimo znaczącego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej sytuacja finansowa szpitali publicznych ciągle się pogarsza. Problemy dotyczące podmiotów leczniczych na rynku usług zdrowotnych (związane m.in. z niedofinansowaniem działalności tych podmiotów), nie omijają również CSK MSWiA. W związku z obawami Związków Zawodowych dot. bieżącego i efektywnego ekonomicznie funkcjonowania Instytutu oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych podkreślić należy, że środki na finansowanie działalności Instytutu będą pochodziły z różnorodnych źródeł wyszczególnionych w projektowanej ustawie. Struktura przychodów Instytutu obejmuje przychody pochodzące m.in. z: realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, wdrażania i upowszechniania wyników swojej

		miejsca, inaczej prowadzi to do chaosu organizacyjnego lub „katastrofy", nawet jeśli rozłożonej na lata.	działalności naukowej oraz efektów ekonomicznych powstałych z tego tytułu, budżetu państwa (dotacje i subwencje), budżetu Unii Europejskiej oraz prowadzonej przez Instytut działalności gospodarczej.
8.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Brak jest informacji, czy planowane działania wskazane w projekcie ustawy, w szczególności dotyczące rozwoju infrastruktury i profilu działalności przekształconego Instytutu MSWiA, były konsultowane z perspektywy zasadności prowadzonej inwestycji w systemie ochrony zdrowia, w szczególności z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia? Niestety, można założyć racjonalnie, że nie były, a tym samym powstaje potencjalnie ogromne ryzyko ekonomiczne dla stabilności funkcjonowania CSK MSWiA przekształcanego w Instytut MSWiA. Można bowiem oczywiście odnawiać oddziały i je łączyć oraz tworzyć nowe, zmieniać i rozwijać infrastrukturę, rozwijać nowe zakresy świadczeń itd., ale kluczowe jest ich następnie długoletnie utrzymanie wymaganej infrastruktury i personelu (co stanowi oczywiście koszty) oraz uzyskanie odpowiedniego finansowania w tym zakresie, w tym w szczególności z Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym kontekście nie ma informacji, czy wszelkie założenia i estymacje finansowe oraz dotyczące planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, które miałyby być udzielane w Instytucie MSWiA, uwzględniły te ww. kwestie i faktycznie będą miały pokrycie w kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez Fundusz. W szczególności, czy przekształcenie w Instytut MSWiA nie doprowadzi to do pogorszenia sytuacji „kontraktowej".	**Uwaga o charakterze ogólnym** Założenia finansowe Instytutu uwzględniają możliwości kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Celem ustawy nie jest utworzenie podmiotu niestabilnego ekonomicznie, którego sytuacja kontraktowa będzie odbiegała, na niekorzyść, od sytuacji CSK MSWiA.
9.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Brak jest odpowiedniej i uszczegółowionej informacji w projekcie ustawy i załączonych do niego dokumentach, czy kwestia przekształcenia CSK MSWiA w Instytut MSWiA, wpisuje się w mapę potrzeb zdrowotnych na szczeblu lokalnym lub krajowym, a także czy była przeprowadzana ocena planowanych zmian (vide: Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)[2]. Brak weryfikacji lub „przypilnowania" ww. zagadnień może doprowadzić do sytuacji braku możliwości uzyskania odpowiedniego finansowania na użycie kupionego za duże pieniądze sprzętu lub wykorzystania rozbudowanej infrastruktury.	**Uwaga o charakterze ogólnym** CSK MSWiA nie realizuje programu wieloletniego oraz nie złożył wniosku inwestycyjnego w ramach IOWISZ. Inwestycje planowane do zrealizowania przez Instytut w latach 2022-2031 zostały wymienione w Załączniku nr 1 - Uzasadnienie do kwot dotacji celowej na inwestycje w latach 2022-2031. Dla wybranych zadań niezbędne będzie uzyskanie opinii Ministra Zdrowia o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn.

[2] https://iowisz.ezdrowie.gov.pl/

			zm.). Minister Zdrowia na etapie uzgodnień nie zgłaszał uwag do projektu ustawy w tym zakresie.
10.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Biorąc pod uwagę dotychczasową sytuację ekonomiczną i funkcjonowanie instytutów działających w ochronie zdrowia, w ocenie Związku Zawodowego, forma prawna „instytutu", w który miałby być przekształcony CSK MSWiA, może nie być efektywna i właściwa, a tym samym, czy takie przekształcenie nie doprowadzi jednak do pogorszenia sytuacji tego podmiotu leczniczego i — w konsekwencji — do ograniczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Niestety doświadczenia praktyczne podważają możliwość odpowiednio efektywnego finansowego działania w tej formie organizacyjno-prawnej, jaką jest „instytut". Warto chociażby w tym zakresie wskazać na dokument „Sytuacja finansowa instytutów badawczych nadzorowanych przez resort zdrowia" (B. Skóbej. P. Grebla-Tarasek, R. Rudka, styczeń 2021 r.)[33]. W dokumencie tym można przeczytać bardzo niekorzystne dane o tym, jak „instytuty badawcze prowadzące szpitale" sobie radzą, w tym w szczególności, że: ▪ w 2019 r. z 13 instytutów badawczych prowadzących szpitale, nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, stratę netto odnotowało 11, a dodatni wynik finansowy na podstawowej działalności operacyjnej odnotowało 0 (zero) podmiotów. Łączna strata netto (z uwzględnieniem zysku dwóch instytutów) wyniosła 122 mln zł, i to pomimo otrzymania przez instytuty dotacji w wysokości 75 mln zł, łączna strata na podstawowej działalności operacyjnej wyniosła 212 mln zł; ▪ w 2019 r. stan funduszy własnych instytutów wyniósł minus 143 mln zł (dla porównania w 2016 r. było to plus 195 mln zł); ▪ stosunek zobowiązań i rezerw na zobowiązania do aktywów (majątku) instytutów w 2019 r. wyniósł 104,77%, ▪ stosunek zobowiązań i rezerw na zobowiązania w stosunku do przychodów ogółem w instytutach w 2019 r. wyniósł 90,65%, ▪ jeden z instytutów został postawiony w stan likwidacji z uwagi na złą sytuację ekonomiczną oraz prowadzenie działalności naukowej w bardzo ograniczonym zakresie (z uzasadnienia do projektu rozporządzenia w sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	**Uwaga o charakterze ogólnym** Dokumenty, o których mowa w uwadze Związków Zawodowych, nie dotyczą Instytutu. Zła sytuacja finansowa niektórych z instytutów badawczych podległych Ministrowi Zdrowia nie musi przekładać się na sytuację finansową Instytutu.

[3] Por. https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/powiaty-instytuty-badawcze-prowadzone-przez-mz-przynosza-straty

		w Sosnowcu wynika, że zobowiązania Instytutu na koniec I kwartału 2019 r. w porównaniu do końca 2016 r. zwiększyły się o 256%, natomiast wartość zobowiązań wymagalnych zwiększyła się o 1162%)[4] Co więcej, istnieją publikacje naukowe wskazujące na złą sytuację wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Racjonalnie należy założyć, że te same problemy będą dotykać lub dotykają instytuty badawcze prowadzące szpitale, nadzorowane przez innych ministrów, gdyż zmagają się one z dokładnie takimi samymi problemami systemowymi. W tym zakresie warto wskazać na artykuł: „Ocena sytuacji finansowej wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia w latach 2014 — 2018" (M. Furman, K. Dubas Jakóbczyk, Ch. Sowada,)[5S]. W artykule tym wskazuje się chociażby na takie kwestie: ▪ „Najwyższa Izba Kontroli (NIK) kilkukrotnie podejmowała się analizy funkcjonowania instytutów badawczych, w tym również oceny ich sytuacji finansowej (14, 15, 17). Raporty NIK opublikowane w roku 2012 i 2015 wskazały m.in. na trudną sytuację finansową instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Audytorzy podkreślali występowanie licznych zaniedbań w kontroli sytuacji finansowej ze strony organu tworzącego, brak właściwych mechanizmów zarządczych oraz pilną potrzebę podjęcia działań restrukturyzacyjnych. (...); ▪ Wśród przyczyn wyróżnia się czynniki na poziomie makro (uwarunkowania systemowe); mezo (rola organu tworzącego) i mikro (zarządzania konkretną placówką) (7). Dostępne piśmiennictwo wskazuje jednak. że instytuty badawcze podlegle Ministrowi Zdrowia znajdowały się w roku 2018 w gorszej sytuacji finansowej niż pozostali publiczni świadczeniodawcy usług zdrowotnych (szpitale funkcjonujące w formie SPZOZ oraz spółek z całościowym/lub większościowym udziałem podmiotu publicznego) (6). Instytuty badawcze z reguły nie generowały także zysków. Z tej racji nie otrzymywały punktów za	

[4] „Dane prezentowane w raporcie pochodzą ze sprawozdań finansowych instytutów badawczych opublikowanych na stronie gov.pl, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Rządowego Centrum Legislacji (w części dotyczącej projektu rozporządzenia w sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu). W przypadku Instytutu Hematologii i Transfuzji w Warszawie, z uwagi na prowadzenie w latach 2016-2017 rachunku zysków i strat w wariancie kalkulacyjnym, koszty ogólnego zarządu zostały zaliczone do kosztów działalności operacyjnej"

[5] Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXIII, ISSUE 11, NOVEMBER 2020

		wskaźnik zyskowności. Instytuty z małą liczbą łóżek charakteryzowały się lepszą ogólną sytuacją finansową i rzadziej generowały stratę netto (przykład: IFiPS). Żaden z analizowanych podmiotów nie wykazał stabilnego trendu poprawy sytuacji finansowej w okresie 2014-2018 definiowanej tako zwiększenie punktacji w każdym roku. Można stwierdzić, że sytuacja się pogarsza, ponieważ siedem instytutów uzyskało w roku 2018 niższy wynik oceny punktowej niż w roku 2014. Tylko w trzech przypadkach wyniki z 2018 roku był lepsze niż w 2014 roku (ICZMP, IHiT, IPCZD). " ▪ „Kontrolerzy NIK w swoich raportach opublikowanych w 2012 roku i 2015 roku wśród głównych powodów złej kondycji finansowej wymienili: przyjmowanie kosztochłonnych pacjentów i przeprowadzanie wysokospecja- klasy specjalistów, zbyt niską dynamikę wyceny wartości punktu za świadczenia kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, która nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów oraz zbyt złożoną strukturę organizacyjną, która uniemożliwia przeprowadzenie niezbędnych zmian wewnątrz placówki. " Dlaczego w przypadku przekształcenia CSK MSWIA w Instytut MSWiA miałoby być inaczej? Zarówno projekt ustawy, jak i uzasadnienie i inne załączone dokumenty do niego nie udzielają odpowiedzi na te pytania. Tym samym, w ocenie Związku Zawodowego, podejmowane będą działania „przekształceniowe" bez odpowiedniej analizy i uzasadnienia oraz bez przewidzenia skutków takich działań w najbliższej przyszłości. Należy postawić pytanie, czy naprawdę warto potencjalnie tworzyć nieefektywny podmiot leczniczy? Zwłaszcza, że CSK MSWIA jest aktualnie przykładem podmiotu, który „odnalazł" się w wyzwaniach wynikających z rzeczywistości epidemicznej COVID-19 oraz powstałego „długu zdrowotnego" w wyniku epidemii.	
11.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i	Zarówno z projektu ustawy, jak dokumentów załączonych do niego, nie wynika w jaki sposób ma zostać zapewnione po przekształceniu CSK MSWIA w Instytut MSWiA odpowiednie, równoległe funkcjonowanie w sposób efektywny części działalności badawczo-rozwojowej i bieżącej działalności medycznej w Instytucie. Dotychczasowe doświadczenia podmiotów leczniczych: szpitali klinicznych, które łączą te dwa obszary wskazują, że bardzo trudno je ułożyć w sposób efektywny przedmiotowe obszary. Warto zwrócić uwagę na te doświadczenia i	**Uwaga o charakterze ogólnym** Odnośnie wątpliwości dot. możliwości równoległego efektywnego funkcjonowania działalności badawczo-rozwojowej i działalności medycznej w Instytucie zauważyć należy, iż na rynku zdrowia funkcjonują podmioty, które są instytutami badawczymi (instytutami medycznymi), które w związku z prowadzoną działalnością leczniczą

	Administracji Publicznej	uwarunkowania oraz odnieść je do pomysłu ww. przekształcenia, gdyż inaczej mogą powstać analogiczne lub zbliżone problemy dla CSK MSWIA przekształconego w Instytut MSWiA. W tym miejscu warto wskazać na raport NIK z 2015 r. pt. „Funkcjonowanie szpitali klinicznych" (KZD — 4101-006/2014), gdzie można znaleźć w szczególności następujące informacje: ▪ „Brakuje rozwiązań systemowych dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, które uwzględniałyby ich szczególną role w obszarze leczniczym, dydaktycznym oraz naukowo-badawczym. (...) Jednocześnie ścisły związek szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi w praktyce doprowadził do znacznego ograniczenia samodzielności dyrektorów szpitali w zarządzaniu tymi jednostkami. (...) ▪ Zróżnicowanie sytuacji ekonomicznej szpitali klinicznych wskazuje na znaczenie prawidłowego zarządzania tymi placówkami. Jednak nawet szpitale bilansujące swoją działalność, napotkają na istotne systemowe przeszkody w skutecznym i e efektywnym funkcjonowaniu.; ▪ NIK zwraca również uwagę na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne oraz nieprawidłowe wyposażenie w majątek trwały, niezbędny do wykonywania zadań statutowych, co zniekształca obraz sytuacji ekonomicznej tych jednostek prezentowany w sprawozdaniach finansowych." Ze względu na brak przeprowadzenia odpowiedniej analizy oraz zaadresowania tych kwestii w projekcie ustawy i dokumentach załączonych do niego, należy liczyć się z tym, że po przekształceniu szereg problemów trawiących podmioty lecznicze z funkcjami naukowymi, badawczo-rozwojowymi oraz działalnością dydaktyczną, dotknie również CSK MSWiA przekształcony Instytut MSWiA. Tym samym, dodatkowe nieodpowiednio przygotowane procesy i funkcje mogą negatywnie wpłynąć na podstawową działalność podmiotu leczniczego.	uczestniczą w systemie ochrony zdrowia. Prowadzenie działalności leczniczej przez instytut badawczy znajduje oparcie w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. W kraju działa kilkanaście instytutów medycznych, które z powodzeniem łączą działalność związaną z prowadzeniem badań naukowych, prac rozwojowych i usługowo-badawczych, przystosowywaniem wyników prowadzonych prac do zastosowania w praktyce, upowszechnianiem wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych z działalnością leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
12.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i	Brak jest wyliczeń, czy działalność naukowa, badawczo-rozwojowa lub dydaktyczna będą się bilansowały i przynajmniej będą neutralne dla podmiotu leczniczego, jakim będzie po przekształceniu Instytut MSWiA. Jeśli nie to, z jednak ograniczonych środków z NFZ oraz podstawowej działalności, CSK MSWIA przekształcony w Instytut MSWiA, będzie musiał „dokładać" potencjalnie do ww. działalności naukowej, badawczo-rozwojowej lub dydaktycznej. Potencjalnie	**Uwaga o charakterze ogólnym** Instytut będzie uczestniczył w systemie ochrony zdrowia, jego nadrzędnym zadaniem pozostanie prowadzenie działalności leczniczej, a nadrzędnym celem bezpieczeństwo pacjentów i wysoka jakość usług zdrowotnych. Środki na finansowanie działalności

	Administracji Publicznej	będzie to przekładało się w sposób negatywny na stabilność funkcjonowania podmiotu leczniczego oraz na bezpieczeństwo pacjentów i jakość usług zdrowotnych, gdyż gdzieś odpowiednich środków zabraknie.	Instytutu będą pochodziły z różnorodnych źródeł wyszczególnionych w projektowanej ustawie. Struktura przychodów Instytutu obejmuje przychody pochodzące m.in. z: realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, wdrażania i upowszechniania wyników swojej działalności naukowej oraz efektów ekonomicznych powstałych z tego tytułu, budżetu państwa (dotacje i subwencje), budżetu Unii Europejskiej oraz prowadzonej przez Instytut działalności gospodarczej.
13.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	W projekcie ustawy i dokumentach załączonych do nich, wskazuje się, że dzięki przekształceniu w Instytut MSWiA możliwe będzie uzyskiwanie dodatkowych grantów funduszy i środków na badania. Jednakże, CSK MSWiA prowadzi takie badania, uzyskuje ich finansowanie (granty, współpraca z podmiotami zewnętrznymi) i ma sukcesy na tym polu, a co również stanowi wyraźne potwierdzenie, jak można racjonalnie argumentować, że aktualna forma prawna i struktura organizacyjna CSK MSWiA nie blokuje ani nie utrudnia takich działań i ich efektywności. Nie zostało przy tym wskazane w projekcie ustawy i dokumentach załączonych do nich, ile można w istocie nowych grantów i funduszy uzyskać całościowo po takim przekształceniu i czy to zrekompensuje potencjalne koszty samego przekształcenia.	**Uwaga o charakterze ogólnym** W okresie ostatnich 15 lat CSK MSWiA zrealizował kilkanaście projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, środków krajowych i zagranicznych grantów, jednak w większości dorobek naukowy pozostawał w jednostkach naukowych, z którymi CSK MSWiA podpisywał umowy o współpracy. Aktualnie CSK MSWiA nie może samodzielnie występować o środki na prace naukowe i rozwojowe do Narodowego Centrum Badań i Rozwoju oraz Narodowego Centrum Nauki. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju stworzyło możliwość aplikowania szpitali jednoimiennych o granty dopiero podczas wprowadzonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Na pięć przyznanych grantów, aplikacje CSK MSWiA otrzymały finansowanie, zajmując dwa pierwsze miejsca. Realizacja tych grantów wzmocniła potencjał organizacyjny i naukowy Szpitala CSK MSWiA. CSK MSWiA może aplikować jedynie o dofinansowanie ze środków Agencji Badań Medycznych. Wykorzystanie tego potencjału leży w interesie całego sektora medycznego, a w szczególności w dziedzinie związanej z medycyną pracy, medycyną ratunkową czy medycyną interwencyjną dla potrzeb wszystkich funkcjonariuszy formacji podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji.

14.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	W ocenie Związku Zawodowego, przedstawiony projekt ustawy oraz dokumenty załączone do niego nie dostrzegają szeregu planowanych lub nadchodzących zmian regulacyjnych/prawnych w systemie ochrony zdrowia (lub je pomijają), a które mogą wpłynąć na przyszłe funkcjonowanie i efektywność działalności CSK MSWIA przekształconego w Instytut MSWiA. W powyższym zakresie warto zwrócić uwagę na dokument Ministerstwa Zdrowia pt.: „Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne" z maja 2021 r., gdzie w części dot. instytutów badawczych i szpitali klinicznych zostało wskazane: „(...) w ustawie z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 poz. 1383) należy zaproponować osobny rozdział dedykowany instytutom badawczym uczestniczącym w systemie ochrony zdrowia, który kompleksowo będzie regulował sytuację instytutów nadzorowanych przez MZ, wśród których jest 12 szpitali." oraz „Mając powyższe na uwadze Zespół rekomenduje uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych będących szpitalami poprzez zmianę systematyki ustawy o instytutach badawczych oraz zwiększenie nadzoru MZ nad szpitalami klinicznymi." Czyli chociażby już tego dokumentu wynika, że są rozważane i planowane zmiany regulacyjne/ustawowe dotyczące instytutów badawczych. Nie jest przy tym wiadome, czy będą one korzystne dla CSK MSWIA przekształconego w Instytut MSWiA, gdyż nie wiadomo, czy rozwiązania te będą „pasowały" np. do zakresu lub charakteru działania tego podmiotu leczniczego. Stąd, wobec ww. planów, jako przedwczesne należy uznać dokonanie przekształcenia.	**Uwaga o charakterze ogólnym** Aktualnie jest procedowany projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, który wprowadza szereg zmian w ustawie z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych oraz ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Projekt ustawy dotyczy podmiotów szpitalnych zdefiniowanych jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki kapitałowe, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo instytuty badawcze, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Uwzględniając specyfikę działalności prowadzonej przez instytuty badawcze nadzorowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, w ustawie o instytutach badawczych został wprowadzony rozdział dedykowany ww. kategorii podmiotów (rozdział 4a). Przepisy ustawy o instytutach badawczych będą miały zastosowanie również do Instytutu, o ile dana kwestia nie zostanie uregulowana w projektowanej ustawie o Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA.
15.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Aktualnie procedowane są projekty ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Oba te projekty, jeśli wejdą w życie, wprowadzą szereg zmian prawnych, które dotkną też CSK MSWIA przekształcony w Instytut MSWiA. Dlatego też, również z perspektywy tych regulacji (np. w kontekście akredytacji itd.), przedwczesne wydaje się przeprowadzenie przekształcenia CSK MSWiA w Instytut MSWiA przy tylu, wielopłaszczyznowych propozycjach zmian.	**Uwaga o charakterze ogólnym** Procedowane projekty ustaw, o których mowa w uwadze, nie stoją na przeszkodzie prowadzeniu prac nad projektem ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA.
16.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników	Brak jest w projekcie ustawy oraz dokumentach załączone do niego, odpowiedniego uwzględnienia zagadnień dotyczących personelu CSK MSWIA przekształcanego w Instytut MSWiA. Projekt ustawy oraz dokumenty załączone do niego nie odnoszą się w sposób należyty do kwestii zabezpieczenia praw	**Uwaga o charakterze ogólnym** Prawa osób zatrudnionych w CSK MSWiA zostały zabezpieczone w projekcie ustawy w ten sposób, że pracownicy zatrudnieni w CSK MSWiA staną się

	Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	personelu dla CSK MSWIA przekształcanego w Instytut. Ogranicza się bowiem to w praktyce do art. 23 Projektu ustawy: „Art. 23. 1. Z dniem wejścia w życie ustawy: 1) pracownicy zatrudnieni w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie stają się pracownikami Instytutu; 2) funkcjonariusze oddelegowani do wykonywania zadań w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie zostają oddelegowani do wykonywania zadań w Instytucie; 3) regulaminy określające prawa i obowiązki stron stosunków pracy nawiązanych w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie na podstawie przepisów dotychczasowych zachowują moc do czasu ich zmiany w trybie określonym w przepisach prawa pracy; 4) osoby, które rozpoczęty szkolenie specjalizacyjne w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, kontynuują wszczęte szkolenie specjalizacyjne w Instytucie; (...)” Wskazane zostały informacje, że dotychczas zatrudnieni pracownicy CSK MSWIA staną się pracownikami Instytutu. Brak jest jednak informacji w projekcie ustawy oraz dokumentach załączonych do niego, czy planowane jest utrzymanie zatrudnienia na aktualnym poziomie albo czy planowane jest jego zwiększenie w takiej sytuacji, w związku z nowymi obszarami działania planowanego Instytutu MSWiA (działalność naukowa, działalność badawczo-rozwojowa), względem istniejącego obecnie CSK MSWIA. Już obecnie pracownicy CSK MSWIA są mocno obciążeni zwalczaniem epidemii i jej skutków, w tym tzw. „długu zdrowotnego”. Dodanie nowych obowiązków, bez zwiększenia zasobów kadrowych w tym zakresie, doprowadzić może do jeszcze większego obciążenia organizacyjnego i czasowego pracowników. Kwestie te nie są jednak wskazane z projekcie ustawy i dokumentach załączonych do niego.	pracownikami Instytutu. W odniesieniu do umów cywilnoprawnych w projekcie ustawy przewidziano, że Instytut stanie się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez CSK MSWiA. W ocenie skutków regulacji w pkt 6 „Wpływ na sektor finansów publicznych” została zawarta informacja o planowanym utworzeniu w Instytucie 8 zakładów/katedr badawczo-naukowych, w których zostaną utworzone następujące stanowiska: kierownika (1 etat), adiunkta (2 etaty), asystenta (2 etaty), doktoranta (2 etaty) oraz pracownika biurowego/sekretarza (1 etat). Łącznie 64 etaty.
17.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw	Nie jest do końca jasna sytuacja osób zatrudnionych na umowy cywilno-prawne, czyli na kontraktach. Wskazany został co prawda art. 22 w projekcie ustawy, ale brak jest również odpowiednich informacji, jak w przekształcenie wpłynie w tym	**Uwaga o charakterze ogólnym** W odniesieniu do umów cywilnoprawnych w projekcie ustawy przewidziano, że Instytut stanie się następcą prawnym wszelkich umów zawartych przez CSK MSWiA.

	Wewnętrznych i Administracji Publicznej	zakresie również na zatrudnienie tych osób. Zgodnie z ww. artykułem projektu ustawy wskazano bowiem jedynie bardzo ogólnie: „Art. 22. 1. Mienie, obejmujące własność i inne prawa majątkowe, Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się mieniem Instytutu. 2 Instytut przejmuje prawa inne niż określone w ust. 1 i zobowiązania, w tym zobowiązania finansowe Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.(…)”..	
18.	Zarząd Krajowy Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej	Brak jest w praktyce wskazania jasnej i klarownej struktury docelowego Instytutu MSWiA. Zgodnie z art. 26 projektowanej ustawy: „Art. 26. 1. Minister właściwy do spraw wewnętrznych nada Instytutowi pierwszy statut w drodze zarządzenia, w ciągu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. 2. Do czasu nadania statutu Dyrektor wydaje zarządzenia organizacyjne lub porządkowe w sprawach zastrzeżonych w ustawie do regulacji w statucie, o czym niezwłocznie nie później jednak niż w terminie 3 dni, powiadamia ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w terminie 7 dni od przedłożenia uchyla zarządzenie Dyrektora, jeżeli jest ono niezgodne z prawem lub narusza ważny interes publiczny.”, Powinien ten dokument zostać zaprezentowany, jeśli proces przekształcenia miałby być kontynuowany, gdyż jest on kluczowy chociażby z perspektywy oceny zasadności samego przekształcenia jak i jego skutków. Ponadto, kwestie te będą miały wpływ na sytuację osób zatrudnianych obecnie w CSK MSWIA. Co więcej, nie jest jasne i zrozumiałe, jakie zarządzenia organizacyjne lub porządkowe miałyby być wydawane. Dyskrecjonalnie i uznaniowo wprowadzane zarządzenia organizacyjne lub porządkowe mogą tylko pogłębić problemy, które stworzy planowane przekształcenie. W konsekwencji ucierpieć mogą na tym pacjenci, personel medyczny oraz finanse CSK MSWIA przekształconego w Instytut MSWiA.	**Uwaga o charakterze ogólnym** Struktura organizacyjna Instytutu zostanie określona w regulaminie organizacyjnym Instytutu. Projekt statutu zostanie opracowany po ostatecznym uzgodnieniu brzmienia art. 7 ust. 1 projektu ustawy, który określa zakres spraw powierzonych do uregulowania w drodze statutu. Przepis art. 26 ust. 2 projektowanej ustawy stanowi instrument nadzoru Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji nad Instytutem w przypadku, gdyby z jakichś powodów, statut nie został nadany wraz z wejściem w życie projektowanej ustawy.
19.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym	Art. 4 projektu ustawy należy oznaczyć jako ust. 1 i dodać ust. 2 i 3 o treści: „2. Środki finansowe uzyskane przez Instytut z działalności wskazanej w art. 3 w danym roku kalendarzowym, nie będą przeznaczane w wysokości wyższej niż 10% tych środków, na finansowanie w tym roku kalendarzowym działalności Instytutu, o której mowa w ust. 1.	**Uwaga nieuwzględniona.** Brak uzasadnienia dla przyjęcia proponowanej regulacji. Zadanie określone w art. 4 będą finansowane ze środków na tę działalność pozyskanych. Nie zachodzi ryzyko finansowania działalności, o której mowa w art. 4 projektu

	Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	3. Ust. 2 nie stosuje się w sytuacji, gdy pomimo przeznaczenia większej wysokości środków niż tam wskazana, nadal pozostałe środki finansowane uzyskiwane przez Instytut z działalności wskazanej w art. 3 w danym roku kalendarzowym będą wyższe niż środki uzyskiwane w roku poprzedzającym o co najmniej 10%." **Uzasadnienie** Celem zaproponowanej zmiany jest odpowiednie zapewnienie reguły stabilnego źródła finansowania dla udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez CSK MSWiA przekształcony w Instytut. Kluczowe jest więc zapewnienie stabilnego źródła finansowania istotnej działalności jaka jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	ustawy, z przychodów uzyskanych przez Instytut z działalności leczniczej określonej w art. 3.
20.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Zmiana treści art. 7 ust. 2 i 3 projektu ustawy: „2. Statut nadaje minister właściwy do spraw wewnętrznych, w drodze zarządzenia, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz zakładowych organizacji związkowych, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Instytut oraz możliwość tworzenia oddziałów zamiejscowych Instytutu." „3. W razie niewyrażenia przez Radę Naukową lub zakładowe organizacje związkowe opinii, o której mowa w ust. 2, w terminie 21 dni od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o opinię, uznaje się że opinia jest pozytywna." **Uzasadnienie** W CSK MSWiA jest wysokie uzwiązkowienie. Organizacje Związkowe cieszą się silnym poparciem załogi, ich zaufaniem i uczestniczą aktywnie w sprawach dotyczących życia szpitala. Związki zawodowe reprezentują interesy wszystkich osób wykonujących pracę zarobkową. Związki mają szeroką wiedzę praktyczną dotyczącą wpływu wdrażanych w CSK MSWiA standardów i pragmatyk organizacyjnych (na przestrzeni wielu lat) oraz kultury organizacyjnej i jej wymagań. Opinia związków co do przyjętych rozwiązań statutowych może mieć istotne znaczenie dla implementacji rozwiązań umożliwiających racjonalne i przejrzyste zarządzanie Instytutem.	**Uwaga uwzględniona częściowo.** Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych w przepisach dotyczących statutu nie przewiduje roli dla zakładowych organizacji związkowych w kształtowaniu treści tego dokumentu. Niemniej, uwzględniając postulat, aby pracownicy Instytutu mieli wpływ na kształtowanie statutu, w art. 7 ust. 2 projektowanej ustawy zaproponowano, aby statut Instytutowi nadawał minister właściwy do spraw wewnętrznych po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej i Rady Pracowników. Zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2006 r. *o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji* (Dz. U. poz. 550, z późn. zm.) rada pracowników jest powoływana u pracodawców wykonujących działalność gospodarczą, którzy zatrudniają co najmniej 50 pracowników. Ustawa powyższa nakłada na pracodawcę obowiązek prowadzenia z radą pracowników konsultacji w sprawach dot. stanu zatrudnienia, struktury i przewidywanych zmian zatrudnienia oraz działań mających na celu utrzymanie poziomu zatrudnienia oraz działań, które mogą powodować istotne zmiany w organizacji pracy lub podstawach zatrudnienia. Nałożenie na ministra właściwego do spraw wewnętrznych obowiązku zasięgnięcia opinii Rady Pracowników

			w sprawie projektów statutu, wpisuje się w zadania tej Rady. Opinia Rady Pracowników może stanowić istotny głos pracowników w bardzo ważnym dokumencie dla Instytutu, a statut tak przyjęty będzie miał walor konsensualny. Termin 21 dni na przedstawienie opinii przez Radę Naukową i Radę Pracowników został skrócony do 14 dni. Statut jest dokumentem, który podlega zmianom. Termin 21 dni może okazać się zbyt długi w sytuacjach, w których statut będzie wymagał pilnej zmiany. Przepisy art. 7 ust 2 i 3 otrzymały brzmienie: „2. *Statut nadaje minister właściwy do spraw wewnętrznych, w drodze zarządzenia, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz Rady Pracowników, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Instytut oraz możliwość tworzenia oddziałów zamiejscowych Instytutu*. 3. *W razie niewyrażenia przez Radę Naukową lub Radę Pracowników opinii, o której mowa w ust. 2, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o opinię, uznaje się że opinia jest pozytywna*."
21.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Propozycja zmiany brzmienia art. 9: „1. Strukturę organizacyjną Instytutu oraz szczegółowe zasady jego działania określa regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz zakładowych organizacji związkowych. 2. W przypadku, gdy opinia Rady Naukowej lub zakładowych organizacji związkowych, wskazana w ust. 1, jest negatywna, Dyrektor Instytutu stara się, uwzględnić w ramach regulaminu organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, uwagi lub argumenty będące podstawą negatywnej opinii. W przypadku braku możliwości ich uwzględniania, Dyrektor Instytutu przedstawia w tym zakresie uzasadnienie Radzie Naukowej i zakładowym organizacjom związkowym." **Uzasadnienie** Zmiana przepisu pozwoli zachować zakładowym organizacjom związkowym uprawnienie, o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r.	**Uwaga uwzględniona częściowo.** Uwzględniając rolę pracowników w kształtowaniu regulaminu organizacyjnego Instytutu jako dokumentu określającego jego strukturę organizacyjną oraz szczegółowe zasady jego działania, w projekcie ustawy zaproponowano, aby opinię w tej sprawie (podobnie jak w odniesieniu do projektu statutu) wyrażała Rada Pracowników. W art. 9 został dodany ust. 2 określający termin na przedstawienie opinii oraz skutek niewyrażenia opinii przez Radę Naukową i Radę Pracowników. Przepis art. 9 otrzymał następujące brzmienie: „Art. 9. 1. *Strukturę organizacyjną Instytutu oraz szczegółowe zasady jego działania określa regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz Rady Pracowników*.

		o instytutach badawczych do opiniowania struktury organizacyjnej instytutu, jak również wzmocni mechanizmy dialogowe. W CSK MSWiA jest W CSK MSWiA jest wysokie uzwiązkowienie. Organizacje Związkowe cieszą się silnym poparciem załogi, ich zaufaniem i uczestniczą aktywnie w sprawach dotyczących życia szpitala. Związki zawodowe reprezentują interesy wszystkich osób wykonujących pracę zarobkową. Co za tym idzie, skoro w CSK MSWiA związku zawsze aktywnie uczestniczą w sprawach dotyczących pracodawcy, nie ma żadnych powodów, by odbierać im uprawnienie, które ustawodawca - niejako z urzędu - zagwarantował wszystkim organizacjom związkowym działającym w instytutach badawczych. Dodać przy tym należy, że uprawnienie w zakresie opiniowania zmian organizacyjnych w żaden sposób nie ogranicza pracodawcy, co do możliwości ich wprowadzenia. Pozwala natomiast na ukazanie perspektywy pracowniczej związanej z takim procesem zmian, która nie zawsze może być dostrzeżona przez pracodawcę (zarówno w aspekcie zbiorowym jak i indywidualnym). Ponadto, zaproponowane rozwiązanie pozwala na poznanie stanowiska Pracodawcy i uzasadnienia braku możliwości uwzględnienia przez niego uwag lub argumentów przedstawionych w ramach negatywnej opinii przez Radę Naukową lub zakładowe organizacje związkowe. Udział w procesie opiniowania zmian umożliwia również lepsze rozprzestrzenienie informacji, o koncepcji wprowadzanej zmiany i zapewnia spokój i ład społeczny, gdyż pracownicy lepiej rozumieją intencje działania pracodawcy. Jednocześnie zakładowe organizacje związkowe wnoszą i apelują o udostepnienie projektu regulaminu organizacyjnego możliwie jak najszybciej, jeszcze przed dalszym procedowaniem procesu legislacyjnego w zakresie niniejszego projektu ustawy. Chodzi w szczególności o to, aby projekt takiego regulaminu był załączony do projektu ustawy oraz osoby i instytucje zaangażowane w proces legislacyjny miały możliwość również z tym projektem regulaminu się zapoznać.	2. *W razie niewyrażenia przez Radę Naukową lub Radę Pracowników opinii, o której mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia Dyrektora o opinię, uznaje się że opinia jest pozytywna*." Nie została uwzględniona propozycja dodania w art. 9 przepisu ust. 2 w brzmieniu zaproponowanym w uwadze. Proponowany przepis tworzy nieprecyzyjną procedurę, która skomplikuje i wydłuży proces uzgadniania regulaminu organizacyjnego, np. w wyniku możliwości różnej interpretacji działań Dyrektora Instytutu. Przykładowo jakie działanie Dyrektora zostanie uznane za „staranie się".
22.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy	Zmiana treści art. 13 ust. 1 projektu ustawy na następujący: „1. Dyrektora powołuje minister właściwy do spraw wewnętrznych na sześcioletnią kadencję po przeprowadzeniu konkursu." Jednocześnie proponuje się dodanie nowego ust. 8 w tym artykule 13 o następującej treści:	**Uwaga nieuwzględniona.** Wyłanianie kandydata na stanowisko Dyrektora Instytutu w drodze konkursu nie znajduje uzasadnienia na gruncie przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych dot. kwestii powołania dyrektora instytutu

	Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	„8. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia: 1) sposób przeprowadzania konkursu, o którym mowa w ust. 1, 2) skład oraz tryb i warunki powoływania i odwoływania komisji konkursowej, 3) ramowy regulamin przeprowadzania konkursu, o którym mowa w ust. 1 - kierując się potrzebą zapewnienia przejrzystości procedury konkursowej." **Uzasadnienie** Proponowane jest zastosowanie w tym zakresie przejrzystej procedury konkursowej, analogicznej do tej jaka jest przewidziana w ustawie o działalności leczniczej (art. 49). Stąd zaproponowane zostało także, aby minister właściwy do spraw wewnętrznych określił sposób przeprowadzania takiego konkursu.	badawczego. Przewidziany w art. 24 ust. 2 ww. ustawy obowiązek przeprowadzania konkursu na stanowisko dyrektora instytutu badawczego został zniesiony z dniem 16 lutego 2017 r. na mocy art. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. *o zmianie ustawy o instytutach badawczych oraz ustawy – Prawo geologiczne i górnicze* (Dz. U. z 2017 r. poz. 202). Ustawodawca zrezygnował z konkursu w odniesieniu do stanowiska dyrektora instytutu badawczego i wpływu rady naukowej na jego powołanie, a celem tej było wzmocnienie wpływu ministra nadzorującego na wybór i zatrudnienie dyrektora instytutu badawczego.
23.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Dodanie do art. 16 ust. 4: „4. W posiedzeniu Rady Naukowej biorą udział przedstawiciele zakładowych organizacji związkowych oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady Naukowej." **Uzasadnienie** Artykuł 31 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych stanowi, że w posiedzeniu rady naukowej biorą udział dyrektor, przedstawiciel zakładowych organizacji związkowych oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego rady naukowej." Obecna redakcja przepisu ustawy jest inna. Dyrektor Instytutu jest członkiem Rady Naukowej (art. 14 ust. 4). Dodanie więc ust. 4 pozwala uniknąć wątpliwości, czy zachowane zostaje uprawnienie, o którym mowa w art. 31 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych do udziału przedstawiciela zakładowych organizacji związkowych w posiedzeniach Rady Naukowej.	**Uwaga uwzględniona częściowo.** W art. 16 został dodany ust. 4 w następującym brzmieniu: „4. *W posiedzeniu Rady Naukowej bierze udział przedstawiciel Rady Pracowników oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady Naukowej*." Nowo dodany ust. 4 w art. 16 projektu ustawy ma na celu zapewnienie udziału przedstawiciela Rady Pracowników w posiedzeniu Rady Naukowej.
24.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i	Proponuje nadanie art. 17 ust. 2 projektu ustawy następujące brzmienie: „2. Podstawą gospodarki finansowej Instytutu jest roczny plan finansowy ustalany przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz zakładowych organizacji związkowych". **Uzasadnienie** W CSK MSWiA jest wysokie uzwiązkowienie. Organizacje Związkowe cieszą się silnym poparciem załogi, ich zaufaniem i uczestniczą aktywnie w sprawach dotyczących życia szpitala. Związki zawodowe reprezentują interesy wszystkich osób wykonujących pracę zarobkową. Co za tym idzie, skoro w CSK MSWiA	**Uwaga nieuwzględniona.** Propozycja zmiany brzmienia art. 17 ust. 2 nie znajduje uzasadnienia. Opiniowania planu finansowego instytutu badawczego przez zakładowe organizacje związkowe nie przewiduje ustawa o instytutach badawczych, która w art. 18 ust. 12 stanowi, że „Roczny plan finansowy ustala dyrektor instytutu po zasięgnięciu opinii rady naukowej." Opiniowanie planu finansowego wkracza w sferę zarządzania i nie znajduje uzasadnienia również na gruncie

	Administracji w Warszawie	związku zawsze aktywnie uczestniczą w sprawach dotyczących pracodawcy, warto jest, aby również mogły one przedstawić swoją opinie w odniesieniu do rocznego planu finansowego.	przepisów (w szczególności art. 4, 6 i 8) ustawy z dnia 23 maja 1991 r. *o związkach zawodowych*.
25.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Proponuje się w art. 22 zmienić treść ust. 2 na następującą: „2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6, Instytut, z dniem wejścia ustawy w życie, przejmuje prawa inne niż określone w ust. 1 i zobowiązania, w tym zobowiązania finansowe Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie." Proponuje się dodanie w art. 22 nowego ust. 5 i 6 o następującej treści: „5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień wejścia w życie ustawy, ustala poziom zadłużenia i wynikających z niego zobowiązań finansowych Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. 6. Co najmniej połowę wartości ustalonego poziomu zadłużenia i wynikających z niego zobowiązań finansowych, o których mowa w ust. 5, Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, z dniem wejścia w życie ustawy, przejmuje Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami." **Uzasadnienie** W związku z przekształceniem CSK w Instytut warto wprowadzić rozwiązania, które pozwolą chociażby na częściowe oddłużenie szpitala. Zaproponowane zostało rozwiązanie, które jest inspirowane zasadami przejmowania zobowiązań przy przekształceniach SPZOZ w spółkę kapitałową. W szczególności, rozwiązanie to może pozwolić na stabilne rozpoczęcie działalności przez CSK MSWiA po przekształceniu w Instytut.	**Uwaga nieuwzględniona.** Celem projektowanej ustawy jest utworzenie Instytutu w drodze przekształcenia CSK MSWiA w Warszawie, nie zaś jego oddłużenie w postaci przejęcia części zobowiązań finansowych CSK MSWiA w Warszawie przez Skarb Państwa. Wątpliwości budzi nie tylko możliwość prawna przejęcia zobowiązań CSK MSWiA w Warszawie przez Skarb Państwa, ale również kwestia źródła pokrycia dodatkowych wydatków w postaci konieczności spłaty przejętych zobowiązań.
26.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy	Zmiana treści art. 23 ust. 1 pkt 3: „Z dniem wejścia w życie ustawy: 3) regulaminy – w rozumieniu art. 9 § 1 Kodeksu pracy – obowiązujące w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i	**Uwaga uwzględniona.** W art. 27 w ust. 1 pkt 3 otrzymał następujące brzmienie: „3) *regulaminy w rozumieniu art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy obowiązujące w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw*

	Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Administracji w Warszawie, stają się regulaminami obowiązującymi w Instytucie." **Uzasadnienie** Przepis w obecnym kształcie pomija miedzy innymi zachowanie w mocy regulaminu Zakładowego funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS), gdyż odnosi się do regulaminów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy, zaś regulamin ZFŚS określa w jaki sposób pracodawca prowadzi politykę socjalną względem osób uprawnionych, którymi mogą być także emeryci, renciści, członkowi rodzin pracowników, itd. Regulamin ZFŚS nie rozstrzyga więc o uprawnieniach stron stosunku pracy ma inną funkcję. Dla uniknięcia wątpliwości, niezbędne jest skorygowanie projektowanego przepisu, tak by nie było wątpliwości, że również kwestie ZFŚS są nim objęte.	*Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, stają się regulaminami obowiązującymi w Instytucie;".*
27.	Wspólna Reprezentacja Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	Dodanie do art. 23 ust. 1 pkt 7-10 o następującej treści: „Z dniem wejścia w życie ustawy: […] 7) stroną porozumień zbiorowych – w rozumieniu art. 9 § 1 Kodeksu pracy – oraz innych porozumień i umów z organizacjami związkowymi w miejsce Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się Instytut; 8) zgoda udzielona Centralnemu Szpitalowi Klinicznemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie przez pracownika na pobieranie z jego wynagrodzenia składek związkowych i przekazywanie ich na rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej wskazany przez zakładową organizację związkową uprawnia Instytut do dokonywania potrąceń składek z wynagrodzenia tego pracownika na rzecz tej organizacji; 9) zakładowy fundusz świadczeń socjalnych Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie staje się zakładowym funduszem świadczeń socjalnych Instytutu; 10) Instytut staje się stroną umów z osobami wykonującymi pracę zarobkową, innymi niż pracownicy, w miejsce Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie."	**Uwaga nieuwzględniona.** Mając na uwadze sukcesję uniwersalną nowotworzonego Instytutu (jako instytutu badawczego) po CSK MSWiA w Warszawie (jako samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej), wyrażoną ogólnie oraz szczegółowo (kazuistycznie) w projekcie ustawy, proponowana zmiana art. 23 (aktualnie art. 27) projektu ustawy nie wnosi żadnych dodatkowych skutków i dlatego jest zbędna. Obowiązek posiadania niezależnie od formy prawnej (przekształceń etc.) zakładowego funduszu świadczeń socjalnych (a w rezultacie jego regulaminu) wyrażony wprost w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o *zakładowym funduszu świadczeń socjalnych* (Dz. U. z 2022 r. poz. 923), co dodatkowo potwierdza art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. Z punktu widzenia legislacyjnego zbędnym jest przepis przejściowy w projekcie ustawy dot. ww. funduszu, a właściwe jego regulaminu. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku równie uniwersalnego regulaminu pracy. Przy tym oba regulaminy można zaliczyć do norm prawa pracy stosownie do art. 9 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy.*

		Uzasadnienie Celem wprowadzenia proponowanych zapisów jest utrzymanie ładu społecznego, tj. utrzymanie wszystkich umów i porozumień, które partnerzy dialogu społecznego wynegocjowali w interesie osób wykonujących prace zarobkową. Porzucenie obecnie istniejących i wypracowanych rozwiązań wzmocniłoby tylko niepewność pracowników związaną z procesem przekształcenia i mogłoby doprowadzić do niepotrzebnych sporów i napięć. Tym samym możliwość kontynuacji zawartych już porozumień i umów spowoduje, że pracodawca i związki zawodowe nie będą musiałyby prowadzić czasochłonnych negocjacji i rokowań celem unormowania kwestii, które są już miedzy nimi ustalone i działają. W ten sposób zaoszczędzi się więc również czas, który jest niezbędny dla nadzorowania i wdrożenia procesu przekształcenia Instytutu. Związki zawodowe mogą zawierać z pracodawcą porozumienia zbiorowe (kończące spór zbiorowy, porozumienia dotyczące zwolnień grupowych, itd.), które nie są regulaminami, a mogą dotyczyć uprawnień stron stosunku pracy. Co więcej związki zawierają też z pracodawcą inne porozumienia i umowy, które regulują ich wzajemne relacje i usprawniają proces współpracy (porozumienie o współpracy, porozumienie dot. korzystania z lokalu związkowego). Są też sytuacje, gdy pracownicy udzielają pracodawcy zgody na potrącanie składek związkowych z wynagrodzenia (co jest uprawnieniem ustawowym związku – por. art. 33(1) ust. 2 ustawy o związkach zawodowych). Celem zachowania pokoju i ładu społecznego warto dla tych porozumień umów i zgód przyjąć tą samą koncepcję, która przyświecała zachowaniu obowiązujących regulaminów pracy i wynagradzania (projekt ustawy zakłada, że regulaminy te ustalone w CSK MSWiA będą dalej obowiązywały w Instytucie). Ponadto, dla uniknięcia wątpliwości, niezbędne jest dodanie do projektowanych zapisów wyraźnej regulacji potwierdzającej przejecie przez Instytut środków pieniężnych, należności i zobowiązań zakładowego funduszu Świadczeń socjalnych CSK MSWiA, tak by nie było wątpliwości, że również kwestie ZFŚS są nim objęte. Podobnie, dla uniknięcia wątpliwości, warto dodać jednoznaczny zapis potwierdzający, że Instytut staje się stroną umów z osobami wykonującymi pracę zarobkową, innymi niż pracownicy (osoby na kontraktach, zleceniach).	
28.	Wspólna Reprezentacja	Dodanie do art. 23 ust. 4, 5 i 6 w brzmieniu:	**Uwaga uwzględniona częściowo.**

	Organizacji Związkowych Działających przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie	„4. Od dnia wejścia w życie ustawy, przez okres 24 miesięcy, Instytut nie może rozwiązać z pracownikiem stosunku pracy z przyczyn niedotyczących pracownika, które byłyby wynikiem przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Instytut. 5. W przypadku naruszenia zakazu, o którym mowa w ust. 4 Instytut wypłaci pracownikowi odszkodowanie w wysokości iloczynu miesięcznego wynagrodzenia pracownika, obliczonego na zasadach jak ekwiwalent za urlop wypoczynkowy, i liczby miesięcy kalendarzowych pozostających od dnia rozwiązania umowy o pracę do dnia obowiązywania gwarancji zatrudnienia, przy czym niepełny miesiąc kalendarzowy na potrzeby obliczenia wysokości odszkodowania zaokrągla się do pełnego miesiąca. 6. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Instytut stosuje się odpowiednio art. 231 Kodeksu pracy.” **Uzasadnienie** W związku z utworzeniem Instytutu nieznane są zasady finansowania ani struktura organizacyjna. Obecnie występuje duża niestabilność na rynku, wzrasta inflacja, a kolejny rok jest rokiem wyborczym i mogą się zmienić priorytety rządu. Co za tym idzie, projekt może okazać się nie do zrealizowania, a pracownicy nie mogą być obciążeni tym ryzykiem. Z tego względu konieczne jest wprowadzenie gwarancji zatrudnienia. Celem dodania ust. 6 jest umożliwienie, w sprawach nieuregulowanych, odniesienia się do regulacji najbardziej zbliżonej do obszaru przekształceń pracodawców jaką jest art. 23 (1) kodeksu pracy.	Po zmianach dokonanych w projekcie ustawy, przepis art. 23 (regulujący kwestie pracownicze) został oznaczony jako art. 27. W art. 27 został dodany ust. 5 w następującym brzmieniu: „5. *W zakresie nieuregulowanym w ustawie do przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie w Instytut stosuje się odpowiednio art. 23[1] ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy*.” Pozostałe propozycje zmiany art. 23 projektu ustawy nie zostały uwzględnione. Rozwiązania przyjęte w ustawie wystarczająco realizują zasadę ochrony praw słusznie nabytych. Brak uzasadnienia dla udzielania pracownikom tak daleko idących gwarancji dalszego zatrudnienia i odszkodowania.