



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-12-19

Druk nr 3199
Warszawa, 6 lutego 2019 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

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

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

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

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

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

U S T A W A

z dnia

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

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) po pkt 26 dodaje się pkt 26a w brzmieniu:

„26a) podmiot kontrolowany – świadczeniodawca, osoba uprawniona w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.³⁾), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, lub apteka, u których jest prowadzona kontrola, o której mowa w dziale IIIA;”;

b) pkt 33b otrzymuje brzmienie:

„33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego – środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy o refundacji;”;

2) w art. 19 w ust. 6 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Przepisy działu IIIA stosuje się odpowiednio.”;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów oraz ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1544 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60.

3) w art. 23 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21, Prezes Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy.”;

4) w art. 31v ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do nadzoru, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 173 ust. 2–4, art. 181, art. 183 i art. 184.”;

5) po art. 61 dodaje się dział IIIA w brzmieniu:

„DZIAŁ IIIA

Kontrola

Art. 61a. 1. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie;
- 3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
- 4) przestrzegania zasad wystawiania recept;
- 5) posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne;
- 6) wykonywania obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę związanych z realizacją tej umowy w zakresie innym niż określony w pkt 1–5.

2. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie:

- 1) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych;
- 2) przestrzegania zasad wystawiania recept refundowanych oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne objęte refundacją.

3. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę.

4. Kontrole, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v, planuje się i przeprowadza po uprzednim dokonaniu analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości w zakresach, o których mowa w ust. 1–3.

Art. 61b. 1. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne oraz państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne są obowiązane współdziałać z Prezesem Funduszu, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Funduszu informacje oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Prezes Funduszu jest uprawniony do nieodpłatnego korzystania z informacji przetwarzanych w rejestrach publicznych w rozumieniu art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w niniejszym dziale, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2, jeżeli zawierają dane osobowe, podlegają ochronie na podstawie przepisów o ochronie danych osobowych i są chronione przed dostępem do nich osób nieuprawnionych.

4. Prezes Funduszu w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w niniejszym dziale nie może żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są możliwe do ustalenia przez Fundusz na podstawie:

- 1) posiadanych przez Fundusz ewidencji, rejestrów lub danych;
- 2) rejestrów publicznych prowadzonych przez inne podmioty publiczne, do których Fundusz ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne;
- 3) wymiany informacji z innym podmiotem publicznym na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Art. 61c. 1. Organy kontroli i inspekcji działające w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym są obowiązane do udostępniania Prezesowi Funduszu, na jego wniosek, wyników kontroli przeprowadzonych przez te organy u świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub

w aptece, jeżeli wyniki te mają związek z realizacją zadań, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Prezes Funduszu jest obowiązany do udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, na ich wniosek, akt oraz wyników kontroli prowadzonych przez Fundusz w podmiocie kontrolowanym, jeżeli mają one związek z realizacją ich zadań. Przepisy art. 61j ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 61d. 1. Przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, rzetelne jego udokumentowanie oraz dokonanie oceny.

2. Czas trwania wszystkich kontroli Funduszu w miejscach, o których mowa w art. 61i ust. 1, w roku kalendarzowym, z wyłączeniem kontroli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego oraz kontroli, o których mowa w art. 61v, nie może przekraczać w odniesieniu do łącznej kwoty wypłaconej podmiotowi kontrolowanemu przez Fundusz za rok poprzedni według stanu na dzień 31 stycznia roku następnego w wysokości:

- 1) do 2 000 000 zł – 12 dni roboczych;
- 2) do 10 000 000 zł – 18 dni roboczych;
- 3) do 50 000 000 zł – 24 dni roboczych;
- 4) powyżej 50 000 000 zł – 48 dni roboczych.

3. Czas trwania wszystkich kontroli Funduszu w miejscach, o których mowa w art. 61i ust. 1, w roku kalendarzowym w przypadku kontroli, o których mowa w art. 61a ust. 2, z wyłączeniem kontroli, o których mowa w art. 61v, nie może przekraczać 20 dni roboczych.

4. Nie można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jednej kontroli działalności podmiotu kontrolowanego w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3, art. 61zb i art. 173, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v.

5. Prezes Funduszu nie przeprowadza kontroli, w przypadku gdy ma ona dotyczyć zakresu przedmiotowego kontroli objętego uprzednio zakończoną kontrolą, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v.

6. Podmiot kontrolowany może wnieść sprzeciw wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa Funduszu czynności z naruszeniem przepisów ust. 2–5. Sprzeciw wymaga

uzasadnienia. Wniesienie sprzeciwu nie jest dopuszczalne w przypadku kontroli, o której mowa w art. 61v.

7. Sprzeciw wnosi się w terminie 2 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli lub wystąpienia przesłanki do wniesienia sprzeciwu do komórki organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrolę.

8. Wniesienie sprzeciwu nie powoduje wstrzymania czynności kontrolnych.

9. Kierownik komórki organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 7, w terminie 2 dni roboczych od dnia otrzymania sprzeciwu wydaje postanowienie o:

- 1) odstąpieniu od czynności kontrolnych;
- 2) kontynuowaniu czynności kontrolnych.

10. Nierozpatrzenie sprzeciwu w terminie, o którym mowa w ust. 9, jest równoznaczne w skutkach z wydaniem postanowienia o odstąpieniu od czynności kontrolnych.

11. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 9 pkt 2, podmiotowi kontrolowanemu przysługuje zażalenie do Prezesa Funduszu, które składa się za pośrednictwem kierownika komórki organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 7, w terminie 2 dni roboczych od dnia doręczenia postanowienia.

12. Prezes Funduszu rozpatruje zażalenie w terminie 7 dni od dnia jego wniesienia oraz wydaje postanowienie o:

- 1) odstąpieniu od czynności kontrolnych;
- 2) kontynuowaniu czynności kontrolnych.

13. Nierozpatrzenie zażalenia w terminie, o którym mowa w ust. 12, jest równoznaczne w skutkach z wydaniem postanowienia o odstąpieniu od czynności kontrolnych.

Art. 61e. 1. Kontrolę przeprowadzają pracownicy Funduszu, zwani dalej „kontrolerami”.

2. Poszczególne czynności kontrolne mogą wykonywać pracownicy Funduszu niebędący kontrolerami.

3. Kontrolerzy albo osoby, o których mowa w ust. 2, przeprowadzają odpowiednio kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne na podstawie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli.

4. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli wydaje Prezes Funduszu.

5. W upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli wskazuje się:

- 1) oznaczenie wydającego upoważnienie;
- 2) imię i nazwisko kontrolera i numer legitymacji służbowej lub imię i nazwisko osoby, o której mowa w ust. 2, i numer dokumentu pozwalającego na ustalenie jej tożsamości;
- 3) datę i miejsce wystawienia upoważnienia;
- 4) podstawę prawną kontroli;
- 5) oznaczenie kontroli (numer i temat kontroli);
- 6) zakres przedmiotowy, w tym numer umowy z Funduszem, jeżeli dotyczy, i okres objęty kontrolą;
- 7) datę rozpoczęcia kontroli oraz przewidywany termin jej zakończenia;
- 8) nazwę (firmę) i adres podmiotu kontrolowanego;
- 9) numer zezwolenia na prowadzenie apteki, jeżeli dotyczy;
- 10) podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem imienia i nazwiska oraz zajmowanego stanowiska lub funkcji;
- 11) pouczenie o prawach i obowiązkach podmiotu kontrolowanego.

6. Kontroler oraz osoba, o której mowa w ust. 2, podczas przeprowadzania kontroli albo poszczególnych czynności kontrolnych, korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 i 2077) dla funkcjonariuszy publicznych.

Art. 61f. 1. Kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, podlega wyłączeniu z postępowania kontrolnego, na wniosek lub z urzędu, jeżeli kontrola mogłaby oddziaływać na jej prawa lub obowiązki, na prawa lub obowiązki jej małżonka albo osób pozostających z nią we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia albo osób związanych z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Powody wyłączenia trwają także po ustaniu małżeństwa, pozostawania we wspólnym pożyciu, przysposobienia, opieki lub kurateli.

2. Kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może być wyłączona, na swój wniosek lub wniosek podmiotu kontrolowanego, lub z urzędu, z postępowania kontrolnego w każdym czasie, jeżeli zachodzą uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

3. O przyczynach mogących stanowić podstawę wyłączenia kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, niezwłocznie zawiadamia na piśmie Prezesa Funduszu.

4. O wyłączeniu kontrolera albo osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, postanawia Prezes Funduszu. Na postanowienie o wyłączeniu zażalenie nie przysługuje.

5. Do czasu wydania postanowienia, o którym mowa w ust. 4, kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, podejmuje jedynie czynności niecierpiące zwłoki.

Art. 61g. 1. Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych, z wyłączeniem kontroli:

- 1) obejmujących warunki realizacji świadczeń gwarantowanych wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d, art. 146 ust. 1 i 2 i art. 159 ust. 2,
 - 2) o których mowa w art. 61a ust. 1 pkt 3 i 4,
 - 3) o których mowa w art. 61a ust. 2,
 - 4) o których mowa w art. 61a ust. 3, których uprawdopodobnione skutki finansowe wynoszą co najmniej 10 000 zł, z wyłączeniem kontroli realizacji recept otaksowanych za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
- w przypadku których zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli.

2. Rozpoczęcie kontroli nie może nastąpić później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o kontroli.

3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie zawiadamiającego;
- 2) datę i miejsce wystawienia zawiadomienia;
- 3) podstawę prawną kontroli;
- 4) oznaczenie kontroli (numer i temat kontroli);
- 5) zakres przedmiotowy, w tym numer umowy z Funduszem, jeżeli dotyczy, i okres objęty kontrolą;
- 6) wskazanie daty rozpoczęcia kontroli oraz przewidywanego terminu jej zakończenia;
- 7) nazwę (firmę) i adres podmiotu kontrolowanego;
- 8) numer zezwolenia na prowadzenie apteki, jeżeli dotyczy;

- 9) wskazanie dokumentów, zestawień i obliczeń, o których mowa w art. 61j ust. 7, jeżeli są wymagane w dniu rozpoczęcia kontroli, z wyjątkiem kontroli, w przypadku której zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia;
- 10) imię i nazwisko kontrolera;
- 11) podpis zawiadamiającego z podaniem imienia i nazwiska oraz zajmowanego stanowiska lub funkcji;
- 12) pouczenie o prawach i obowiązkach podmiotu kontrolowanego.

4. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 4, podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 39).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 1 pkt 4, po waloryzacji.

Art. 61h. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, rozpoczynając kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne, okazuje upoważnienie do przeprowadzenia kontroli wraz z odpowiednio legitymacją służbową albo dokumentem stwierdzającym tożsamość kierownikowi podmiotu kontrolowanego albo osobie przez niego upoważnionej.

2. W razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej dokumenty, o których mowa w ust. 1, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, okazuje pracownikowi podmiotu kontrolowanego, który może być uznany za osobę, o której mowa w art. 97 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025, 1104, 1629, 2073 i 2244 oraz z 2019 r. poz. 80), zwanemu dalej „pracownikiem czynnym”, albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącym jednak pracownikiem Funduszu.

Art. 61i. 1. Kontrola lub poszczególne jej czynności są prowadzone w:

- 1) siedzibie podmiotu kontrolowanego;
- 2) miejscu prowadzenia działalności przez podmiot kontrolowany;
- 3) miejscu udzielania świadczeń;
- 4) miejscu prowadzenia działalności przez podwykonawcę w zakresie, w jakim realizuje on umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) miejscu udzielania świadczeń lub prowadzenia działalności przez osobę trzecią wykonującą zawód medyczny w związku z powierzeniem tej osobie niektórych czynności na podstawie umów lub porozumień zawartych z podmiotem kontrolowanym;
- 6) podmiocie, o którym mowa w art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Kontrola lub poszczególne jej czynności są prowadzone w godzinach pracy obowiązujących w miejscach, o których mowa ust. 1, lub w godzinach pracy określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być prowadzone również poza godzinami pracy obowiązującymi w miejscach, o których mowa ust. 1, lub poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w dniach ustawowo wolnych od pracy i w porze nocnej, w przypadku gdy przeprowadzenie kontroli lub poszczególnych jej czynności jest:

- 1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;
- 2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia lub zabezpieczenia dowodów ich popełnienia.

4. Kontrolę lub poszczególne jej czynności można przeprowadzać również w jednostkach organizacyjnych Funduszu. Przepisu art. 61h nie stosuje się.

Art. 61j. 1. W trakcie przeprowadzania kontroli lub poszczególnych jej czynności kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, ma prawo:

- 1) badać i oceniać wszelkie informacje, związane z zakresem kontroli, zawarte w dokumentach, w tym w dokumentacji medycznej i finansowo-księgowej, oraz na innych nośnikach informacji;
- 2) pobierać i zabezpieczać dokumenty i nośniki, o których mowa w pkt 1;
- 3) dokonywać oględzin w celu ustalenia stanu faktycznego obiektów budowlanych lub rzeczy albo przebiegu określonych czynności;

4) żądać udzielania wyjaśnień przez kierownika podmiotu kontrolowanego lub jego pracowników i inne osoby biorące udział w czynnościach objętych zakresem kontroli;

5) korzystać z pomocy biegłego.

2. Badanie i ocena dokumentacji medycznej są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2, posiadającą wykształcenie medyczne lub wykonującą zawód medyczny.

3. Badanie i ocena dokumentacji medycznej w zakresie zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2:

1) posiadających wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej lub

2) wykonujących zawód medyczny odpowiadający zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej.

4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.

5. W związku z wykonywaniem swoich zadań, w tym w celu zapewnienia ochrony środków, form i metod realizacji tych zadań, zgromadzonych informacji oraz własnych obiektów i danych identyfikujących funkcjonariuszy, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencja Wywiadu i Centralne Biuro Antykorupcyjne mogą ograniczyć uprawnienia kontrolera lub osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, o których mowa w ust. 1 i 4.

6. Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi lub osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności:

1) niezwłocznie przedstawia do kontroli żądane dokumenty i inne nośniki informacji;

2) terminowo udziela wyjaśnień;

3) udostępnia niezbędne urządzenia techniczne;

4) w miarę możliwości udostępnia oddzielne pomieszczenia z odpowiednim wyposażeniem biurowym.

7. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzać, a w razie potrzeby, może zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia, w terminie wyznaczonym przez kontrolera lub tę osobę, niezbędnych dla osiągnięcia celów kontroli odwzorowań cyfrowych, zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych, a w przypadku braku możliwości technicznych, sporządzenia dokumentów, zestawień i obliczeń w postaci papierowej.

8. Na żądanie kontrolera lub osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, zgodność odwzorowań cyfrowych oraz kopii, wyciągów, zestawień i obliczeń sporządzonych w postaci papierowej z dokumentami źródłowymi lub danymi z elektronicznych baz danych potwierdza kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumenty się znajdują, lub osoba do tego upoważniona.

9. Potwierdzenie zgodności:

- 1) treści odwzorowań cyfrowych z dokumentami źródłowymi lub danymi z elektronicznych baz danych następuje przez złożenie przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumenty lub bazy się znajdują, lub osobę do tego upoważnioną pisemnego oświadczenia o zgodności treści odwzorowań cyfrowych z tymi dokumentami lub bazami;
- 2) kopii, wyciągów, zestawień i obliczeń sporządzonych w postaci papierowej z dokumentami źródłowymi następuje przez złożenie przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumenty się znajdują, lub osobę do tego upoważnioną, podpisu wraz z datą na tej kopii, wyciągu, zestawieniu lub obliczeniu.

10. W przypadku odmowy potwierdzenia zgodności, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, sporządza notatkę w sprawie odmowy potwierdzenia zgodności.

11. Prezes Funduszu może, po zawiadomieniu podmiotu kontrolowanego, zarządzić:

- 1) przerwę w kontroli;
- 2) przedłużenie czasu trwania kontroli na czas niezbędny do przeprowadzenia czynności kontrolnych, określając termin tego przedłużenia;
- 3) odstąpienie od kontroli z przyczyn niezależnych od Funduszu.

Art. 61k. 1. Kontroler ustala stan faktyczny na podstawie dowodów zebranych w toku wykonywania czynności, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Dowodami, o których mowa w ust. 1, są w szczególności dokumenty, wyniki oględzin, opinie biegłych, wyjaśnienia i oświadczenia.

3. Dowody przeprowadzone w toku kontroli z naruszeniem przepisów ustawy lub przepisów wydanych na jej podstawie, jeżeli miały istotny wpływ na wyniki kontroli, nie mogą stanowić dowodu w postępowaniu mającym na celu nałożenie przez Fundusz kary umownej, w postępowaniu cywilnym lub administracyjnym.

Art. 61l. 1. Kontroler dokumentuje ustalenia kontroli w aktach kontroli.

2. Kierownik podmiotu kontrolowanego lub osoba przez niego upoważniona ma prawo wglądu do akt kontroli, sporządzania z nich odpisów oraz kopii przy wykorzystaniu własnych przenośnych urządzeń, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

3. Czynności określone w ust. 2 są dokonywane w obecności pracownika Funduszu w jednostce organizacyjnej Funduszu, w której akta kontroli się znajdują.

4. Fundusz zapewnia kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej dokonanie czynności określonych w ust. 2, w swoim systemie teleinformatycznym, po ich identyfikacji w sposób, o którym mowa w art. 20a ust. 1 albo 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

Art. 61m. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, sporządza protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej, jeżeli ustawa tak stanowi. W innych przypadkach kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzić notatkę służbową.

2. Protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej zawiera:

- 1) oznaczenie czynności, czasu i miejsca jej przeprowadzania oraz osób biorących udział w czynności dowodowej;
- 2) opis przebiegu czynności wraz z oświadczeniami i wnioskami osób biorących udział w czynności dowodowej;
- 3) opis innych istotnych okoliczności dotyczących przebiegu czynności.

3. Protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej podpisują wszystkie osoby biorące udział w czynności dowodowej.

4. Osoby biorące udział w czynności dowodowej, przed podpisaniem protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej, mogą żądać sprostowania i uzupełnienia jego treści.

5. Skreślenia lub uzupełnienia poczynione w protokole z przeprowadzenia czynności dowodowej wymagają omówienia podpisanego przez osoby biorące udział w czynności dowodowej.

6. W przypadku sporządzenia protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej w postaci elektronicznej, do którego zgłoszono zmiany, zachowaniu podlegają wszystkie wersje protokołu. Zmiany te omawia się w ostatecznej wersji protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej.

7. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, w razie niemożności lub odmowy podpisania protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej przez osobę biorącą udział w czynności dowodowej, czyni o tym wzmiankę w tym protokole, podając przyczyny braku podpisu.

Art. 61n. 1. Materiał dowodowy zebrany w toku kontroli kontroler odpowiednio zabezpiecza, w zależności od potrzeby, przez:

- 1) oddanie na przechowanie kierownikowi lub upoważnionemu pracownikowi podmiotu kontrolowanego za pokwitowaniem;
- 2) przechowanie w podmiocie kontrolowanym w oddzielnym, zamkniętym i opieczętowanym pomieszczeniu;
- 3) zabranie z podmiotu kontrolowanego oryginałów materiałów dowodowych za pokwitowaniem i przechowywanie ich w siedzibie jednostki organizacyjnej Funduszu lub w jej systemie teleinformatycznym.

2. Zwrot zabezpieczonych materiałów dowodowych następuje za pokwitowaniem, w terminie 30 dni od dnia upływu terminu określonego w art. 61t ust. 4.

Art. 61o. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może żądać od kierownika podmiotu kontrolowanego lub osób, które wykonują czynności w podmiocie kontrolowanym lub u podwykonawcy, od osoby, o której mowa w art. 61i ust. 1 pkt 5, lub od podmiotu, o którym mowa w art. 61i ust. 1 pkt 6, udzielenia, w terminie przez niego wyznaczonym, wyjaśnień, w tym ustnych, w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

2. Warunkiem przyjęcia wyjaśnień jest wskazanie osoby, która złożyła wyjaśnienia, podanie stanowiska lub rodzaju i zakresu wykonywanych przez nią czynności w podmiocie kontrolowanym i jej podpis.

3. Z przyjęcia ustnych wyjaśnień sporządza się protokół.

Art. 61p. 1. Każdy może złożyć kontrolerowi lub osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, oświadczenie, w tym ustne, dotyczące przedmiotu kontroli. Przepis art. 61o ust. 2 stosuje się odpowiednio.

2. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli. Z przyjęcia ustnego oświadczenia sporządza się protokół.

Art. 61q. 1. W razie potrzeby ustalenia stanu faktycznego obiektów budowlanych lub rzeczy, które są wykorzystywane przez podmiot kontrolowany przy realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa, albo ustalenia przebiegu określonych czynności, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może przeprowadzić oględziny.

2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego, a w razie ich nieobecności, w obecności pracownika czynnego albo przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącego jednak pracownikiem Funduszu.

3. Z przebiegu i wyników oględzin sporządza się protokół.

4. Wyniki oględzin, w przypadku ujawnienia w ich toku nieprawidłowości, utrwalą się, a w pozostałych przypadkach można utrwalić, za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku.

5. Oględziny przebiegu określonych czynności utrwalą się za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku.

6. Utrwalenie oględzin następuje z zachowaniem ochrony wizerunku świadczeniobiorców i osób postronnych.

7. Utrwalony w sposób, o którym mowa w ust. 4 i 5, obraz lub dźwięk stanowi załącznik do protokołu, o którym mowa w ust. 3.

Art. 61r. 1. Jeżeli w toku kontroli jest konieczne przeprowadzenie specjalistycznych badań lub zbadanie określonych zagadnień wymagających

szczególnych umiejętności lub wiedzy specjalistycznej, Prezes Funduszu powołuje biegłego.

2. Biegłym nie może być osoba, w stosunku do której istnieją okoliczności mogące mieć wpływ na jej bezstronność, w szczególności gdy kontrola jest prowadzona w podmiocie kontrolowanym zatrudniającym tę osobę albo obejmuje zadanie, którego ta osoba jest lub była wykonawcą.

3. W postanowieniu o powołaniu biegłego określa się przedmiot, zakres oraz termin wydania opinii.

4. Biegły działa na podstawie postanowienia o jego powołaniu. Na postanowienie o powołaniu biegłego zażalenie nie przysługuje.

5. Biegłemu można udostępnić akta kontroli w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia dowodu. Biegły jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem zadań określonych w postanowieniu o jego powołaniu, oraz do sporządzenia opinii w sposób obiektywny i zgodny z najlepszą wiedzą.

6. Biegły przed przystąpieniem do wykonywania czynności, o których mowa w ust. 1 i 3, składa Prezesowi Funduszu oświadczenie o braku przyczyn wyłączenia, o którym mowa w ust. 2 oraz w art. 61f ust. 1.

7. Do biegłego stosuje się przepisy art. 61e ust. 6, art. 61f, art. 61j ust. 1 pkt 1–3, ust. 2–5 i ust. 6 pkt 1, art. 61q ust. 1 i 2, art. 61z oraz odpowiednio art. 61za.

Art. 61s. 1. Ustalenia kontroli zamieszcza się w wystąpieniu pokontrolnym.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera w szczególności:

- 1) zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę;
- 2) zalecenia pokontrolne, jeżeli zostały sformułowane;
- 3) sankcje zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy, jeżeli są stosowane;
- 4) informacje o wystąpieniu o nałożenie innych przewidzianych prawem sankcji;
- 5) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń.

3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę.

4. Wystąpienie pokontrolne doręcza się kierownikowi podmiotu kontrolowanego.

Art. 61t. 1. Kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia.

Zastrzeżenia wnosi się do Prezesa Funduszu za pośrednictwem komórki organizacyjnej Funduszu, która przeprowadziła kontrolę.

2. Prezes Funduszu odmawia przyjęcia zastrzeżeń, jeżeli zostały one zgłoszone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1, o czym informuje zgłaszającego.

3. Prezes Funduszu, jeżeli nie zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 2, rozpatruje zastrzeżenia w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

4. Podmiot kontrolowany jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, a w przypadku wniesienia zastrzeżeń, od dnia otrzymania stanowiska o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego, poinformować Prezesa Funduszu o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 61u. 1. Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym, jeżeli ich kwota określona dla danego podmiotu kontrolowanego, w dniu podpisania wystąpienia pokontrolnego, jednorazowo przekracza 500 zł.

2. Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym w pełnej wysokości od dnia, w którym kwota należności niepobranych lub niedochodzonych określonych dla danego podmiotu kontrolowanego w okresie roku kalendarzowego przekroczyła łącznie 2000 zł.

3. W przypadku przekroczenia, o którym mowa w ust. 2, Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności na zasadach określonych w ust. 1 dopiero w następnym roku kalendarzowym.

4. Kwoty, o których mowa w ust. 1 i 2, podlegają corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym. Przepisy art. 61g ust. 5 i 6 stosuje się.

Art. 61v. 1. Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia, w przypadku gdy jest to:

- 1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;
- 2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub zabezpieczenia dowodów ich popełnienia;

3) niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie realizacji obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kontrolerzy wszczynają kontrolę na podstawie legitymacji służbowej. W takim przypadku okazanie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli i doręczenie zawiadomienia o kontroli następuje w terminie do 3 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli lub w miarę możliwości w momencie wszczęcia kontroli.

Art. 61w. 1. W sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania w zakresach, o których mowa w art. 61a ust. 1–3, w szczególności na skutek przetwarzania posiadanych danych lub informacji, Fundusz może przeprowadzić czynności sprawdzające obejmujące wezwanie świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub apteki do udzielenia wyjaśnień lub przekazania dokumentów niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego w tym zakresie. Udzielenie wyjaśnień lub przekazanie dokumentów następuje nieodpłatnie w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. Wyjaśnienia są podpisywane przez osobę, która je złożyła.

2. W sytuacji gdy istotne wątpliwości, o których mowa w ust. 1, nie zostaną usunięte na skutek złożenia przez podmiot, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnień lub przekazania dokumentów albo w sytuacji niezłożenia tych wyjaśnień lub nieprzekazania dokumentów, Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę w tym podmiocie.

Art. 61x. W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w szczególności w przypadku, o którym mowa w art. 61w ust. 1, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa, Fundusz stosuje sankcje zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy lub zgodnie z przepisami ustawy o refundacji.

Art. 61y. 1. W Funduszu tworzy się korpus kontrolerski.

2. W skład korpusu kontrolerskiego wchodzi pracownicy Funduszu będący kontrolerami.

3. Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który:

- 1) posiada obywatelstwo polskie;
- 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;

- 3) nie był karany za popełnione z winy umyślnej przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 4) ma wyższe wykształcenie;
- 5) złożył egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym;
- 6) nie pełnił służby zawodowej ani nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 2186, z późn. zm.⁴⁾), ani nie był ich współpracownikiem.

4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu. Z dniem powołania dotychczasowa umowa o pracę przekształca się w stosunek pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

5. Egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera obejmuje:

- 1) wiedzę i umiejętności w zakresie kontroli;
- 2) znajomość aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz dotyczących funkcjonowania organów administracji publicznej;
- 3) predyspozycje psychofizyczne, których posiadanie jest niezbędne do wykonywania zadań na stanowisku kontrolera.

6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w centrali Funduszu.

7. Egzamin, o którym mowa w ust. 5, jest przeprowadzany raz na kwartał. Przystąpić do egzaminu można raz w roku kalendarzowym.

8. Komisję egzaminacyjną do przeprowadzenia egzaminu, o którym mowa w ust. 5, powołuje i odwołuje Prezes Funduszu.

9. Prezes Funduszu określi sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 5.

10. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która:

- 1) złożyła rezygnację ze stanowiska;
- 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1–4 i 6;
- 3) jest nieobecna w pracy powyżej 3 miesięcy z powodu tymczasowego aresztowania;

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 538, 650, 651, 730, 1000, 1349, 1669, 1735 i 2270 oraz z 2019 r. poz. 8 i 9.

- 4) naruszyła w stopniu ciężkim podstawowe obowiązki pracownicze;
- 5) realizowała kontrole w sposób nierzetelny, niezgodny z przepisami lub uniemożliwiający osiągnięcie celu kontroli, w szczególności kwestionując w sposób powtarzalny wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru lub pomijając naruszenia istotne;
- 6) nie złożyła lub złożyła niezgodne z prawdą oświadczenie, o którym mowa w art. 112 ust. 3.

11. Obsługę korpusu kontrolerskiego zapewniają centrala oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

Art. 61z. 1. Informacje, które kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, uzyskała w związku z wykonywaniem obowiązków w ramach kontroli lub poszczególnych jej czynności, stanowią tajemnicę kontrolerską.

2. Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również Prezes Funduszu oraz każdy, z wyłączeniem podmiotu kontrolowanego, kto na podstawie uprawnienia wynikającego z ustawy lub przepisów odrębnych uzyskał informację o przebiegu lub wynikach kontroli. W innym przypadku informacje, o których mowa w ust. 1, mogą zostać udostępnione za zgodą Prezesa Funduszu.

3. W zakresie wskazanym w art. 61c ust. 2 obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również minister właściwy do spraw zdrowia, pracownicy urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

4. Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej nie jest ograniczony w czasie.

5. Od obowiązku zachowania tajemnicy kontrolerskiej może zwolnić Prezes Funduszu albo sąd właściwy do rozpoznania sprawy.

Art. 61za. 1. W trakcie przeprowadzania kontroli komunikacja między Prezesem Funduszu, kontrolerami, osobami, o których mowa w art. 61e ust. 2, a podmiotem kontrolowanym, w szczególności przesyłanie zawiadomienia o kontroli, wystąpienia pokontrolnego, zastrzeżeń podmiotu kontrolowanego do wystąpienia pokontrolnego, sprzeciwu, o którym mowa w art. 61d ust. 6, oraz postanowień wydanych w toku kontroli odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) z uwagi na potrzebę ochrony danych osobowych komunikacja za pomocą środków komunikacji elektronicznej nie gwarantuje w sposób dostateczny bezpieczeństwa przetwarzania danych;
- 2) brak jest technicznych lub organizacyjnych możliwości do wykorzystania systemów teleinformatycznych do przesyłania lub odbierania przez Prezesa Funduszu, kontrolerów lub podmiotu kontrolowanego dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej;
- 3) wystąpiła awaria systemów teleinformatycznych, która uniemożliwia Prezesowi Funduszu, kontrolerom, osobom, o których mowa w art. 61e ust. 2, lub podmiotowi kontrolowanemu przesyłanie dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3. Pisma, oświadczenia, wyjaśnienia, postanowienia oraz wnioski składane w trakcie kontroli, Prezes Funduszu, kontrolerzy, osoby, o których mowa w art. 61 ust. 2, oraz podmiot kontrolowany sporządzają w formie dokumentu elektronicznego, opatrując je kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym.

4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, dokumenty, o których mowa w ust. 3, sporządza się w postaci papierowej i doręcza za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu art. 3 pkt 13 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 2188), przez kontrolerów lub przez pracowników podmiotu kontrolowanego.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, podmiot kontrolowany wnosi w trakcie kontroli do kontrolera na elektroniczną skrzynkę podawczą Funduszu utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

6. Prezes Funduszu i kontrolerzy doręczają dokumenty, o których mowa w ust. 3, podmiotowi kontrolowanemu:

- 1) na jego elektroniczną skrzynkę podawczą utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, jeżeli jest podmiotem publicznym w rozumieniu tej ustawy;
- 2) na adres elektroniczny wskazany Funduszowi – w przypadku podmiotu innego niż określony w pkt 1.

7. Dokumenty w postaci elektronicznej przekazywane za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w ust. 3, są sporządzane w jednym z formatów danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

8. Do doręczania pism w trakcie kontroli, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy działu I rozdziałów 8–10 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 61zb. Ministrowie, o których mowa w art. 14, mają prawo do przeprowadzenia kontroli w podmiotach, które wykonują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez tych ministrów. Do tej kontroli, z wyłączeniem kontroli przeprowadzanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przepisy niniejszego działu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem przepisów art. 61c ust. 2, art. 61u–61y i art. 61za.”;

- 6) uchyla się art. 64;
- 7) w art. 100 w ust. 1:
 - a) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3;”;
 - b) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;”;
- 8) w art. 102 w ust. 5:
 - a) pkt 21a otrzymuje brzmienie:

„21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w dziale IIIA;”;
 - b) pkt 24b otrzymuje brzmienie:

„24b) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 53 ust. 2a ustawy o refundacji;”;
- 9) w art. 106 w ust. 10:
 - a) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3;”;
 - b) uchyla się pkt 8;

10) w art. 107 w ust. 5:

a) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) monitorowanie:

- a) ordynacji lekarskich,
- b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- c) realizacji prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;”;

b) uchyla się pkt 13,

c) pkt 19 otrzymuje brzmienie:

„19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie i rozliczanie realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;

d) uchyla się pkt 24;

11) w art. 112:

a) w ust. 1 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, właścicielami lub pracownikami świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów lub osobami współpracującymi z tymi podmiotami;

3) członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, z wyłączeniem urzędu obsługującego organ sprawujący nadzór nad Funduszem;”;

b) dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. W przypadku gdy osoba najbliższa, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, kontrolera jest świadczeniodawcą albo właścicielem apteki lub świadczeniodawcy, kontroler jest obowiązany do poinformowania Prezesa Funduszu o tym fakcie w terminie 7 dni od dnia powołania na stanowisko, a także w trakcie pełnienia funkcji, jeżeli w tym czasie

jego osoba najbliższa stała się świadczeniodawcą albo właścicielem apteki lub świadczeniodawcy – w terminie 7 dni od zaistnienia tego faktu.

4. Kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudniony lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie.”;

12) w art. 132b po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitalnej izby przyjęć świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku o umożliwienie udzielania tych świadczeń do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.”;

13) art. 173 otrzymuje brzmienie:

„Art. 173. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:

- 1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców;
- 2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
- 3) podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
- 4) aptek, w zakresie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług firm audytorskich oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz.

3. Osoba przeprowadzająca kontrolę z upoważnienia ministra właściwego do spraw zdrowia nie może być jednocześnie:

- 1) pracownikiem Funduszu;

- 2) właścicielem świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;
- 5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;
- 6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- 7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dziale do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy działu IIIA, z wyłączeniem art. 61w–61y.

5. Przepisy niniejszego działu dotyczące kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu, o którym mowa w art. 165, art. 167 i art. 168.”;

14) uchyla się art. 174–180;

15) w art. 188:

a) w ust. 1:

– po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;”;

– w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) przekazywania świadczeniodawcom informacji istotnych dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących świadczeniobiorców pozostających pod opieką tych świadczeniodawców, a dotyczących świadczeń udzielonych przez innych świadczeniodawców;”;

b) w ust. 1a w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) potwierdzenia udzielenia świadczeń.”;

c) ust. 1b otrzymuje brzmienie:

„1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców, w celu rozliczania kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.”,

d) w ust. 2 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;”;

16) art. 192a otrzymuje brzmienie:

„Art. 192a. 1. Fundusz może zwrócić się z wnioskiem do:

- 1) świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) świadczeniodawcy o nieodpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej – w celu potwierdzenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) apteki o udostępnienie recept realizowanych w postaci papierowej w celu potwierdzenia realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

2. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 1, mogą być wykorzystywane przez Fundusz w celu prowadzenia czynności, o których mowa w dziale IIIA, z zachowaniem ograniczeń wynikających z przepisów art. 61z.”;

17) w dziale IX po art. 195 dodaje się art. 195a w brzmieniu:

„Art. 195a. Kto zatrudnia kontrolera wbrew warunkom określonym w art. 112 ust. 4, podlega karze aresztu albo karze grzywny.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 oraz z 2018 r. poz. 1669) w art. 17 w ust. 2 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) zatrudnienia w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.⁵⁾), lub urządach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń

⁵⁾ Patrz odnośnik nr 2.

opieki zdrowotnej lub realizacją recept i zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne;”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 37k:

a) uchyla się ust. 1c,

b) ust. 1d otrzymuje brzmienie:

„1d. Badacz lub właściwy podmiot leczniczy informuje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o numerze PESEL uczestnika badania klinicznego, a w przypadku jego braku – o numerze dokumentu potwierdzającego jego tożsamość, w terminie 14 dni od dnia włączenia do badania.”;

2) art. 96aa otrzymuje brzmienie:

„Art. 96aa. 1. W przypadku cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego, jego uchylenia, stwierdzenia wygaśnięcia albo nieważności podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny jest obowiązany pisemnie, w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego, jego uchyleniu, stwierdzeniu wygaśnięcia albo nieważności stała się ostateczna, powiadomić o miejscu przechowywania recept i wydanych na ich podstawie odpisów wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego ze względu na adres prowadzenia apteki.

2. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny, o którym mowa w ust. 1, przekazuje informację określoną w ust. 1 oddziałowi wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawarł umowę na realizację recept, w terminie 3 dni od dnia jej otrzymania.”;

3) w art. 96d uchyla się ust. 1–3 i 5;

4) w art. 126a w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) nie wypełnia obowiązków przekazywania informacji, o których mowa w art. 37aa ust. 1–5 albo art. 37k ust. 1d.”;

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515, 1544, 1629, 1637, 1669, 2227 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60.

5) w art. 127da ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Karze pieniężnej w wysokości do 2000 zł podlega podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny, który wbrew przepisowi:

- 1) art. 47a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych nie powiadamia oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawarł z tym podmiotem umowę na realizację recept, o aktualnych danych adresowych osoby reprezentującej dany podmiot lub danych osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności osoby reprezentującej ten podmiot w terminie 7 dni od dnia, w którym dane te uległy zmianie, lub
- 2) art. 96aa ust. 1 nie powiadamia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego ze względu na adres prowadzenia apteki lub punktu aptecznego o miejscu przechowywania recept i wydanych na ich podstawie odpisów w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego, jego uchyleniu, stwierdzeniu wygaśnięcia albo nieważności stała się ostateczna.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.⁷⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) lekarz systemu:

- a) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
- b) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
- c) lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 15 i 60.

ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty

– z zastrzeżeniem art. 57;”;

b) po pkt 14a dodaje się pkt 14b w brzmieniu:

„14b) segregacja medyczna – proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób;”;

2) po art. 21 dodaje się art. 21a w brzmieniu:

„Art. 21a. 1. Wojewoda w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie tego oddziału, może ustalić harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń. W harmonogramie nie umieszcza się jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których są udzielane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych.

2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się niezwłocznie w Biuletynie Informacji Publicznej wojewody oraz właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewoda przekazuje harmonogram do wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i dysponentów zespołów ratownictwa medycznego działających w województwie.

3. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, niezwłocznie po jego otrzymaniu, przekazują zespołom ratownictwa medycznego.”;

3) po art. 33 dodaje się art. 33a w brzmieniu:

„Art. 33a. 1. W szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna. Segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu.

2. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali.

3. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom, o którym mowa w ust. 2, jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

4. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system, zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej „TOPSOR”.

5. Administratorem danych przetwarzanych w TOPSOR jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) minimalną funkcjonalność oraz minimalne wymagania techniczne, a także administrowanie TOPSOR,
- 2) warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych zgromadzonych w TOPSOR

– uwzględniając konieczność zapewnienia współpracy systemu informatycznego wykorzystywanego przez dysponenta jednostki z TOPSOR oraz umożliwienia powszechnej dostępności danych, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa tych danych.

7. Zadania administratora, o którym mowa w ust. 5, mogą być finansowane w formie dotacji celowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia.”;

4) w art. 34 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych,”;

5) w art. 44 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Zespół ratownictwa medycznego nie transportuje osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, która zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w art. 21a ust. 1, nie udziela świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości.”;

6) w art. 49 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie i rozliczanie wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Kontrolę realizacji umów wykonuje Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w dziale IIIA ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

7) w art. 57 w ust. 1 uchyla się pkt 1.

Art. 5. W ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 2186, z późn. zm.⁸⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 po pkt 29 dodaje się pkt 29a w brzmieniu:

„29a) kontrolerzy w rozumieniu art. 61e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.⁹⁾);”;

2) w art. 8 po pkt 28 dodaje się pkt 28a w brzmieniu:

„28a) pkt 29a – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;”.

Art. 6. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.¹⁰⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 38 w ust. 8 wyrazy „w art. 64 ustawy” zastępuje się wyrazami „w ustawie”;

⁸⁾ Patrz odnośnik nr 4.

⁹⁾ Patrz odnośnik nr 2.

¹⁰⁾ Patrz odnośnik nr 3.

- 2) w art. 42:
 - a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności przez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia podmiot prowadzący aptekę w terminie 7 dni od uwzględnienia zażalenia. Stanowisko Prezesa Funduszu jest ostateczne.”,
 - b) uchyla się ust. 5–7;
- 3) w art. 43 w ust. 1 w pkt 6 po wyrazach „środków publicznych” dodaje się wyrazy „przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne”;
- 4) w art. 47:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Apteka jest obowiązana udostępnić, na żądanie Funduszu, do kontroli recepty wystawione w postaci papierowej wraz z ich otaksowaniem i przekazać niezbędne dane, o których mowa w art. 45 ust. 1, a także dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić i posiadać na podstawie odrębnych przepisów, i informacje, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 2–4.”,
 - b) uchyla się ust. 2,
 - c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Do kontroli stosuje się przepisy działu IIIA ustawy o świadczeniach.”,
 - d) uchyla się ust. 4–17;
- 5) po art. 47 dodaje się art. 47a w brzmieniu:

„Art. 47a. Podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny, który rozwiąże umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu oraz zakończy prowadzenie działalności, jest obowiązany do powiadamiania tego oddziału, przez okres 5 lat od dnia zakończenia prowadzenia działalności, o aktualnych danych adresowych osoby reprezentującej dany podmiot lub danych osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności osoby reprezentującej ten podmiot, w celu umożliwienia Funduszowi dostępu do recept zrealizowanych przez zlikwidowaną aptekę lub punkt apteczny, w terminie 7 dni od dnia, w którym dane te uległy zmianie.”;
- 6) w art. 48 w ust. 7 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Do kontroli stosuje się przepisy działu IIIA ustawy o świadczeniach.”;

- 7) w art. 52a:
- a) w ust. 1:
- pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) uniemożliwienia czynności, o których mowa w dziale IIIA ustawy o świadczeniach;”,
 - w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3–7 w brzmieniu:
 - „3) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa;
 - 4) nieprowadzenia dokumentacji medycznej;
 - 5) wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi;
 - 6) wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy albo osoby uprawnionej;
 - 7) wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach, o których mowa w art. 37.”,
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Karę pieniężną w przypadku, o którym mowa w ust. 1, wymierza się w kwocie do równowartości kwoty refundacji za okres objęty kontrolą lub za okres objęty czynnościami, o których mowa w art. 61x ustawy o świadczeniach.”,
- c) w ust. 3 wyrazy „Okres objęty kontrolą, o której mowa w ust. 2,” zastępuje się wyrazami „Okres objęty kontrolą lub czynnościami, o których mowa w ust. 2.”;
- 8) w art. 53 ust. 2a otrzymuje brzmienie:
- „2a. Karę pieniężną, o której mowa w art. 52a, nakłada w drodze decyzji administracyjnej Prezes Funduszu. Od decyzji Prezesa Funduszu przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.”.

Art. 7. W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy świadczeniodawcy, osoby uprawnione w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.¹¹⁾) i apteki są obowiązani do przekazania Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia adresu elektronicznego lub adresu elektronicznej skrzynki podawczej podmiotu

¹¹⁾ Patrz odnośnik nr 3.

publicznego, na który będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 8. 1. Do postępowań, o których mowa w art. 31v, art. 64, art. 160, art. 161 i art. 173 ustawy zmienianej w art. 1, w art. 49 ustawy zmienianej w art. 4 oraz w art. 47 i art. 53 ustawy zmienianej w art. 6, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Do kar pieniężnych nałożonych na podstawie art. 52a ustawy zmienianej w art. 6 przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

3. Do powiadamiania, o którym mowa w art. 96aa ustawy zmienianej w art. 3, stosuje się przepisy dotychczasowe, jeżeli cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki lub punktu aptecznego, jego uchylenie, stwierdzenie wygaśnięcia albo nieważności podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny nastąpiło przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 9. 1. Osoby zatrudnione w Narodowym Funduszu Zdrowia w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy są obowiązane dostosować się do zakazów, określonych w art. 112 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, stanowi podstawę wypowiedzenia umowy o pracę z winy pracownika.

Art. 10. Legitymacje wydane pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzającym kontrole przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność przez okres dwóch lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 11. 1. Umowy o pracę pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. byli zatrudnieni w komórkach organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia właściwych do spraw kontroli w zakresach wskazanych w art. 61a ust. 1–3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy byli pracownikami tych komórek oraz spełniają warunki określone w art. 61y ust. 3 pkt 1–3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przekształcają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy w umowy o pracę zawarte z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, i pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia spełniający warunki określone w ust. 1 zachowują uprawnienia do wykonywania czynności, o których mowa w dziale IIIA ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przez okres dwóch lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 12. 1. Pierwszą komisję, o której mowa w art. 61y ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powołuje w terminie dziewięciu miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy spośród pracowników centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Powołanie w skład komisji, o której mowa w ust. 1, zwalnia z obowiązku złożenia egzaminu kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 61y ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 13. Do czasu udostępnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemu, o którym mowa w art. 61l ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnia akta kontroli, na wniosek kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej, za pomocą środków komunikacji elektronicznej po przeprowadzeniu ich identyfikacji w sposób, o którym mowa w art. 20a ust. 1 albo 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 570, z 2018 r. poz. 1000, 1544 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 60).

Art. 14. W terminie trzech miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dostosuje plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r. do zmian wynikających z wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 15. Przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, na okres rozliczeniowy 2019 r. przyjmuje się, że poprzednim okresem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 oraz przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, są dwa okresy rozliczeniowe 2018 r. łącznie.

Art. 16. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 ustawy zmienianej w art. 1, spełniający łącznie następujące warunki:

- 1) udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitalnej izby przyjęć,

2) realizujący w dniu ogłoszenia niniejszej ustawy umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

– mogą, w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia niniejszej ustawy, złożyć do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wnioski o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia niniejszej ustawy.

Art. 17. 1. Do dnia 31 grudnia 2026 r. administratorem danych przetwarzanych w systemie, zarządzającym trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanym dalej „TOPSOR”, o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

2. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2020 r. wydatki związane z utworzeniem TOPSOR i jego wdrożeniem w szpitalnych oddziałach ratunkowych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) albo samorząd województwa mogą być dofinansowane z dotacji celowej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym, o którym mowa w ust. 1.

3. W okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, odbywa się z dotacji celowej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym, o którym mowa w ust. 1.

Art. 18. Szpitalne oddziały ratunkowe znajdujące się w podmiotach leczniczych innych niż te, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo samorząd województwa, prowadzą segregację medyczną, w rozumieniu art. 3 pkt 14b ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, od dnia 1 stycznia 2021 r.

Art. 19. Ustawa wchodzi w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 15 i art. 16, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 4 pkt 1 lit. a, pkt 2, 5 i 7, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 4 pkt 1 lit. b i pkt 3 w zakresie art. 33a ust. 1–6 oraz pkt 4 i art. 17, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.;
- 4) art. 4 pkt 3 w zakresie art. 33a ust. 7, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

UZASADNIENIE

Przedstawiony projekt ustawy zmienia przede wszystkim ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach”.

Ponadto projekt ustawy zmienia następujące ustawy:

- 1) ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 oraz z 2018 r. poz. 1669);
- 2) ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą – Prawo farmaceutyczne”;
- 3) ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o PRM”;
- 4) ustawę 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 2017 r. poz. 2186, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa”;
- 5) ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o refundacji”.

Zaproponowane w projekcie ustawy zmiany dotyczą kontroli realizowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, realizacji recept i kontroli aptek w tym zakresie.

W art. 1 projektowanej ustawy zaproponowano zmiany w ustawie o świadczeniach. W miejsce dotychczasowej regulacji art. 64, określającego zakres i tryb kontroli realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono dział IIIA, regulujący kompleksowo ten obszar działalności Funduszu przez ujęcie w regulacjach również kontroli ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, realizacji recept i kontroli aptek.

Projektowane zmiany w obszarze kontroli obejmują:

- 1) przeniesienie uprawnień kontrolnych Funduszu na poziom Prezesa Funduszu – w dotychczasowych regulacjach realizacja kontroli jest zadaniem własnym dyrektorów oddziałów Funduszu, a kompetencja kontrolna Prezesa Funduszu jest ograniczona do sytuacji wyjątkowych;
- 2) utworzenie korpusu kontrolerskiego – w dotychczasowych regulacjach kontrolerzy zatrudnieni w Funduszu nie są objęci żadnymi szczególnymi regulacjami dotyczącymi wymogów szkoleniowych, posiadania uprawnień kontrolerskich (na kształt profesjonalnej kadry kontrolerskiej Najwyższej Izby Kontroli czy Krajowej Administracji Skarbowej) ani też nie stworzono dla tej grupy zawodowej – szczególnie istotnej, zważywszy na znaczenie kontroli w funkcjonowaniu podmiotu dysponującego środkami publicznymi – żadnych regulacji dotyczących ich stosunku pracy. Utworzenie korpusu kontrolerskiego pozwoli na profesjonalizację procesu kontroli. Takie rozwiązanie może zapewnić znaczne korzyści Funduszowi, gdyż w wyniku weryfikacji stopnia pozyskania wiedzy i umiejętności przez osoby aplikujące, do pracy zostaną zatrudnione tylko te, które spełnią oczekiwania pracodawcy, zdając egzamin kwalifikacyjny z wynikiem pozytywnym;
- 3) przeniesienie podległości służbowej pracowników kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu do struktur centrali Funduszu. Obecnie realizacja kontroli jest zadaniem dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Utworzenie korpusu kontrolerskiego i skupienie uprawnień kontrolnych na poziomie Prezesa Funduszu ma na celu wzmocnienie roli kontroli w działalności Funduszu. Projektowane przepisy umożliwią, aby wszyscy pracownicy kontroli stali się pracownikami zatrudnionymi w centrali Funduszu i tym samym realizowali politykę kontrolną Prezesa Funduszu. Zmiana ta ma zagwarantować unifikację realizacji zadań i ocen podmiotów kontrolowanych oraz pracy kontrolerów. Obecny system, co potwierdziły kontrole instytucjonalne oddziałów wojewódzkich Funduszu, nie daje takich gwarancji. Zarówno dobór prób, oceny, jak i skutki kontroli różnią się w zależności od oddziału wojewódzkiego Funduszu prowadzącego kontrolę. Włączenie wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu w struktury Departamentu Kontroli centrali Funduszu wyeliminuje te nierówności. Ponadto w obecnym stanie prawnym pracownicy wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu realizują szereg innych zadań, które nie są związane bezpośrednio z czynnościami kontrolnymi, co ma istotny wpływ na liczbę przeprowadzonych kontroli;
- 4) ujednoczenie trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych – dotychczasowe regulacje ustawy o świadczeniach i ustawy o refundacji w odmienny

sposób regulują tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (tzw. ordynacji lekarskich) i kontroli aptek. Utrzymanie odmienności rozwiązań jest w ocenie projektodawcy niezasadne merytorycznie – skutkuje bowiem zróżnicowanym trybem odwoławczym dla kontrolowanych podmiotów. W przypadku aptek zawierają powtórzenia przez prawodawcę uprawnień do trybu odwoławczego do Prezesa Funduszu (odwołania). Prawo w tym zakresie wynika bowiem z art. 42 ustawy o refundacji (zażalenie). Przepis art. 42 ust. 1 ustawy o refundacji daje podmiotowi prowadzącemu aptekę uprawnienie do złożenia zażalenia na czynności związane z realizacją umowy, a zatem również możliwość złożenia zażalenia od wyników kontroli (w tym zaleceń pokontrolnych). Dlatego też niecelowe jest powtarzanie tego uprawnienia w ust. 6, w sposób odrębny, jako „odwołania” do Prezesa Funduszu.

Regulacja ta wprowadza ustawową podstawę pozwalającą na realizację kontroli w zakresie refundacji przez – działających z upoważnienia Prezesa Funduszu – np. pracowników centrali Funduszu, co w dotychczasowej regulacji było ograniczone tylko do uprawnień dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

- 5) szczegółowe uregulowanie procesu kontroli w tym: wyłączenia kontrolera (art. 61f), tajemnicy kontrolerskiej (art. 61z), zasad reprezentacji podmiotu kontrolowanego wobec Funduszu (np. art. 61h ust. 2), miejsca i czasu wykonywania czynności kontrolnych (art. 61i), szczegółowego zakresu czynności kontrolnych wykonywanych w trakcie kontroli (art. 61j, art. 61m, art. 61n, art. 61p i art. 61q), zasad dokonywania badania i oceny dokumentacji medycznej (art. 61j ust. 2 i 3), trybu i zasad powoływania biegłego (art. 61r), prawa wglądu podmiotu kontrolowanego do akt kontroli (art. 61l); ponadto zrezygnowano ze środka odwoławczego, jakim jest zażalenie, które nie przysługuje na postanowienie o wyłączeniu kontrolera, jak również na postanowienie o powołaniu biegłego, z uwagi na umożliwienie osiągnięcia celu kontroli, w tym sprawnego przeprowadzenia kontroli w sposób profesjonalny i bezstronny: zażalenie na postanowienie o wyłączeniu kontrolera w sposób niezasadny wydłużyłoby proces kontrolny, a w związku z ograniczoną liczbą biegłych, szczególnie w zakresach wąskich specjalności, ze względu również na brak możliwości rozstrzygnięć specjalistycznych kwestii bez rzetelnej opinii z poszczególnych zakresów, a tym samym brak możliwości właściwej oceny prawidłowości postępowania, wprowadzenie uprawnienia do złożenia

zażalenia na postanowienie o powołaniu biegłego utrudniłoby, a nierzadko uniemożliwiłoby, przeprowadzenie kontroli;

- 6) w art. 61d wprowadzono rozwiązania wzorowane na ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, z późn. zm.), korzystne dla podmiotów kontrolowanych, tj.: określenie czasu trwania wszystkich kontroli Funduszu w jednostkach organizacyjnych podmiotu kontrolowanego w roku kalendarzowym, z wyłączeniem kontroli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego (z powodu zaangażowania w ramach tego zakresu najwyższych środków finansowych i dużego ryzyka wystąpienia nieprawidłowości) oraz kontroli podejmowanych na podstawie legitymacji; wprowadzenie zakazu równoczesnego podejmowania i prowadzenia więcej niż jednej kontroli działalności podmiotu kontrolowanego przez Fundusz, Ministra Zdrowia lub innych ministrów, o których mowa w art. 14 ustawy o świadczeniach; wprowadzenie zakazu przeprowadzania kontroli, w przypadku gdy ma ona dotyczyć zakresu przedmiotowego kontroli objętego uprzednio zakończoną kontrolą; wprowadzenie instytucji sprzeciwu wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa Funduszu czynności z naruszeniem ww. zasad, przy czym, ze względu na specyfikę kontroli Funduszu, wniesienie sprzeciwu nie spowoduje wstrzymania czynności kontrolnych, kontrole Funduszu są prowadzone w oparciu o przepisy prawa cywilnego, stąd przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego nie znajdują zastosowania również do sprzeciwu, który będzie elementem procesu kontroli;
- 7) zmiany w zakresie terminu zawiadamiania o kontroli. Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. poz. 2723), zawiadomienie o kontroli następowało najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli. Obecnie projektowana zmiana w art. 61g ust. 1 wprowadza 7-dniowy termin zawiadomienia. Jednocześnie w przepisie wskazano wyłączenia w zakresie jego stosowania, w których określono zakres kontroli, do których 7-dniowy termin wyprzedzenia nie będzie miał zastosowania. Należy bowiem podkreślić, że intencją projektowanych przepisów jest poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych. Wprowadzenie wyłączeń od 7-dniowego terminu zawiadamiania ma na celu uniknięcie sytuacji, w których podmiot kontrolowany przygotowuje się do kontroli w sposób uniemożliwiający dokonanie oceny stanu rzeczywistego i tym samym uniemożliwi w ten sposób osiągnięcie celu kontroli, którym jest wychwycenie nieprawidłowości mających znaczenie w procesie sprawozdawania

i rozliczania z Funduszem. Wyłączenia te są konieczne z punktu widzenia realizacji kluczowego zadania – uszczelnienia systemu wydatkowania środków publicznych, pozostających w dyspozycji Funduszu. Przykładowo w sytuacji, gdy kontrolowane są warunki udzielenia świadczeń, na które składają się w szczególności zasoby kadrowe i sprzętowe – uprzedzenie 7-dniowe o planowej kontroli całkowicie wyklucza realizację celu kontroli, jakim jest właściwa ocena według wskazanych kryteriów. Dotyczy to także innych wyłączeń, w przypadku których długi termin zawiadomienia może całkowicie uniemożliwić osiągnięcie celu kontroli;

- 8) ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Zaproponowane zmiany wynikają z długotrwałego postępowania kontrolnego związanego z koniecznością sporządzania protokołu kontroli (zawiera ustalenia stanu faktycznego), przy którym jest zawarte prawo do złożenia zastrzeżeń do protokołu (w terminie 7 dni oraz 14 dni na ich rozpatrzenie), a następnie obowiązek sporządzenia wystąpienia pokontrolnego (zawiera ocenę i ewentualne zalecenia pokontrolne), do którego podmiot kontrolowany ponownie ma prawo złożenia zastrzeżeń (w terminie 7 dni oraz 14 dni na ich rozpatrzenie). Zaproponowane zmiany mają na celu:
 - a) wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego oraz ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne – umożliwi to jednoczesowe zapoznanie się podmiotu kontrolowanego zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności,
 - b) usprawnienie i istotne skrócenie czasu na przeprowadzenie jednostkowej kontroli co najmniej o połowę w odniesieniu do obecnie obowiązującego trybu. Wprowadzenie jednego dokumentu pokontrolnego skróci czas procedowania od momentu wszczęcia kontroli do jej zakończenia o około 30 dni, licząc maksymalny czas na złożenie uwag do protokołu i udzielenie odpowiedzi. Bezpośrednio wpłynie to na liczbę przeprowadzonych kontroli. Dodatkowo można założyć, że gromadzenie ustaleń w jednym dokumencie i skrócenie trybu odwoławczego wpłynie na jakość ustaleń;
- 9) komunikację między Prezesem Funduszu, kontrolerami, osobami, o których mowa w art. 61e ust. 2, a podmiotem kontrolowanym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, co uprości, przyspieszy oraz obniży koszty przeprowadzania kontroli. Celem zmiany jest zminimalizowanie, w możliwie jak największym stopniu, papierowego obiegu dokumentacji w trakcie przeprowadzania przez Prezesa Funduszu kontroli.

Tendencja polegająca na zastępowaniu tradycyjnego obiegu dokumentacji w postaci papierowej przez komunikację elektroniczną współgra z wyraźnym przyspieszeniem w ochronie zdrowia informatyzacji procesów zarządzania dokumentacją. Obecnie część dokumentacji medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą jest już prowadzona w postaci elektronicznej. W najbliższym czasie do elektronicznej dokumentacji medycznej dołączą także e-recepta oraz e-skierowanie. Mając jednak na uwadze, że poziom zawansowania informatycznego wielu podmiotów, które podlegają kontroli Funduszu, nie jest jeszcze wystarczający, przewidziano odstępstwa od elektronicznego obiegu dokumentów w trakcie kontroli. Należą do nich sytuacje, gdy z uwagi na potrzebę ochrony danych osobowych komunikacja za pomocą środków komunikacji elektronicznej nie gwarantuje w sposób dostateczny bezpieczeństwa przetwarzania danych, gdy brak jest technicznych lub organizacyjnych możliwości do wykorzystania systemów teleinformatycznych do przesyłania lub odbierania przez Prezesa Funduszu, kontrolerów lub podmiot kontrolowany dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także gdy wystąpiła awaria systemów teleinformatycznych, która uniemożliwia Prezesowi Funduszu, kontrolerom lub podmiotowi kontrolowanemu przesyłanie pism za pomocą środków komunikacji elektronicznej. W innych przypadkach zasadą jest, że dokumenty w ramach prowadzonej kontroli będą doręczane za pomocą środków komunikacji elektronicznej;

10) instrumenty usprawniające prowadzenie procesu kontrolnego i realizujące zasadę ekonomiki procesu kontroli:

a) utworzenie trybu umożliwiającego uproszczoną weryfikację danych i wyciąganie w oparciu o tak powzięte ustalenia konsekwencji wobec podmiotów kontrolowanych – art. 61w i art. 61x – zgodnie z projektowanymi przepisami Fundusz będzie uprawniony do przeprowadzenia czynności sprawdzających w celu weryfikacji stwierdzonego w wyniku analizy danych prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości. Fundusz będzie uprawniony do uzyskania w trybie niebędącym kontrolą wyjaśnień i dokumentów od świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji oraz od apteki. Po dokonaniu weryfikacji tych wyjaśnień i dokumentów, w przypadku gdy ustalony stan faktyczny nie będzie budził wątpliwości, Fundusz uprawniony będzie do nałożenia na dany podmiot sankcji zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy. W takiej sytuacji podmiotowi będzie przysługiwała droga sądowa. W przypadku natomiast, gdy w wyniku

wyjaśnień i analizy dokumentów sprawa nie zostanie wyjaśniona – Fundusz będzie mógł przeprowadzić kontrolę,

- b) wprowadzenie kontroli podejmowanych na podstawie legitymacji, tj. umożliwienie rozpoczęcia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia o jej wszczęciu w sytuacjach enumeratywnie wymienionych w projekcie ustawy. Zgodnie z projektowanym art. 61v kontrolę podejmowaną na podstawie legitymacji będzie można przeprowadzić, w sytuacji gdy jest to uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub zabezpieczenia dowodów jego popełnienia oraz gdy jest to niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. W sytuacjach niespełniających ww. przesłanek, Fundusz będzie przeprowadzał kontrolę w trybie zwykłym, tj. z zachowaniem zasad i terminów zawiadamiania oraz całego procesu przygotowania kontroli. Tryb kontroli podejmowanych na podstawie legitymacji ma na celu umożliwienie natychmiastowej reakcji Funduszu w szczególnych sytuacjach,
- c) umożliwienie wykorzystania w procesie kontroli informacji zgromadzonych przed wszczęciem postępowania kontrolnego – projektowana regulacja wpłynie na efektywność realizowanych zadań kontrolnych. Dotychczasowa regulacja w znacznym stopniu spowalnia proces kontroli, uniemożliwiając wykorzystanie wyników kontroli przeprowadzonych przez inne instytucje kontrolne, a nawet przez sam Fundusz (obecnie mogą być wykorzystane materiały uzyskane tylko w danej kontroli),
- d) uzyskanie nieodpłatnego korzystania z informacji przetwarzanych w rejestrach publicznych w rozumieniu art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 570, z późn. zm.) w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w projektowanym dziale IIIA, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów. Ponadto wprowadzono obowiązek współdziałania z Prezesem Funduszu organów administracji rządowej i samorządowej, państwowych i samorządowych osób prawnych oraz państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych, które będą udzielać Prezesowi Funduszu pomocy przy wykonywaniu zadań kontrolnych. Projektowany przepis ma na celu stworzenie dla Funduszu drogi dostępu do danych zawartych w zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach prowadzonych przez podmioty dotychczas niezobligowane do udostępniania danych Funduszowi. Należy

wskazać, że obecnie obowiązujące regulacje prawne nie wskazują w sposób jednoznaczny prawa Funduszu do korzystania, w zakresie niezbędnym do przeprowadzania kontroli wydatkowania środków publicznych, z rejestrów prowadzonych przez podmioty wskazane w projektowanym przepisie (podmioty realizujące zadania publiczne), np. do dostępu do pełnego zakresu danych przetwarzanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Dostęp do tych zasobów przyczyni się do możliwości zestawiania danych, a w efekcie do podejmowania przez Fundusz działań o charakterze uszczelniającym gospodarkę finansową Funduszu. Należy jednak podkreślić, iż przy wykonywaniu zadań kontrolnych Prezes Funduszu nie będzie mógł żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są one możliwe do ustalenia przez Fundusz samodzielnie,

- e) uzyskanie informacji o wynikach kontroli prowadzonych przez organy kontroli i inspekcji działające w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym, jeżeli wyniki te mają związek z realizacją zadań, o których mowa w dziale IIIA;
- 11) wprowadzenie regulacji umożliwiającej zastosowanie nowych przepisów działu IIIA do kontroli wykonywanych przez ministrów, będących podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zgodnie z art. 14 ustawy o świadczeniach;
- 12) zgodnie z dodawanym do ustawy o świadczeniach art. 61y kontrolerem może być pracownik Funduszu, który spełnia przesłanki określone w tym przepisie, w szczególności złożył egzamin na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym. Egzamin ten będzie wewnętrznym egzaminem organizowanym w centrali Funduszu. Będzie on etapem rekrutacji wewnętrznej na stanowisko kontrolera. Do egzaminu będzie mógł przystąpić pracownik centrali Funduszu. Rekrutacja na stanowisko kontrolera będzie zatem dwuetapowa – pierwszym etapem będzie rekrutacja do centrali Funduszu, a następnie rekrutacja wewnętrzna w formie egzaminu kontrolerskiego. Przyjęte rozwiązanie wynika z faktu, że zdanie egzaminu kontrolerskiego przez osobę spełniającą również inne przesłanki określone w art. 61y ust. 3 będzie obligowało Prezesa Funduszu do powołania pracownika na stanowisko kontrolera, a dotychczasowa umowa o pracę przekształci się w stosunek pracy z powołania (art. 61y ust. 4);
- 13) zgodnie z dodawanym art. 61u Prezes Funduszu będzie pobierał lub dochodził należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym, jeżeli ich kwota określona dla danego podmiotu kontrolowanego, w dniu podpisania wystąpienia pokontrolnego,

jednorazowo przekroczy 500 zł. Prezes Funduszu będzie pobierał lub dochodził należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym w pełnej wysokości od dnia, w którym kwota należności niepobranych lub niedochodzonych określonych dla danego podmiotu kontrolowanego w okresie roku kalendarzowego przekroczy łącznie 2000 zł. Projektowany przepis ma na celu zapewnienie efektywności funkcjonowania systemu dochodzenia kar umownych przez Prezesa Funduszu. Działania kontrolerów nie powinny koncentrować się na naruszeniach o niewielkich skutkach finansowych. Zastosowanie ww. przepisu nie spowoduje, że dana nieprawidłowość przestaje być działaniem sprzecznym z przepisami lub umową, nie dochodzi jednak do negatywnych skutków finansowych dla podmiotu kontrolowanego. Należy jednak podkreślić, iż z takiego rozwiązania będzie można skorzystać do dnia, w którym kwota należności niepobranych lub niedochodzonych przekroczyła w danym roku kalendarzowym łącznie 2000 zł. Możliwość ponownego skorzystania z tego rozwiązania przysługiwać będzie takiemu podmiotowi z początkiem kolejnego roku kalendarzowego, do dnia ww. przekroczenia.

Jednocześnie w art. 1 projektu ustawy zaproponowano następujące zmiany, w tym o charakterze porządkującym:

- 1) w pkt 1 wprowadzono zmiany w art. 5 ustawy o świadczeniach przez dodanie pkt 26a określającego definicję podmiotu kontrolowanego, a w konsekwencji tej zmiany dokonano zmiany w pkt 33b, polegającej na usunięciu publikatora i skrótu dotyczącego ustawy o refundacji;
- 2) w pkt 2 i 3 dokonano zmian stanowiących konsekwencję wprowadzenia do ustawy działu IIIA – w art. 19 ust. 6 odesłanie do art. 64 ustawy o świadczeniach zastąpiono odesłaniem do działu IIIA, a w art. 23 ust. 7 skreślono odesłanie do art. 64 – nie zastąpiono go odesłaniem do działu IIIA z uwagi na zbędność takiego zabiegu legislacyjnego – Prezes Funduszu nie może przeprowadzać kontroli w oparciu o inne przepisy;
- 3) w pkt 7 i 9 wprowadzono zmianę w art. 100 ust. 1 oraz w art. 106 ust. 10 ustawy o świadczeniach w zakresie kompetencji Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu do wnioskowania do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli – ujednotwiono kompetencje tych organów. Warto podkreślić, że w obecnym stanie prawnym Rada Funduszu, w przeciwieństwie do rady oddziału, miała uprawnienie do

wnioskowania o przeprowadzenie kontroli wewnętrznej w oddziałach wyłącznie w zakresie prawidłowości zawierania umów;

- 4) w pkt 8 lit. a i pkt 10 lit. a i b, w konsekwencji proponowanych zmian w obszarze kontroli, wprowadzono zmiany w zakresie kompetencji Prezesa Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 5) w pkt 10 lit. c dokonano zmiany w zakresie wyłączenia z zakresu kompetencji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu kontroli umów w zakresie ratownictwa medycznego – kompetencję tę przeniesiono do Prezesa Funduszu. W konsekwencji dokonano zmiany w art. 49 ustawy o PRM;
- 6) w pkt 11 lit. a zaproponowano zmiany porządkujące w art. 112 ustawy o świadczeniach – w art. 112 w ust. 1 pkt 2 dodano właścicieli i pracowników aptek (w dotychczasowych regulacjach istniała w tym zakresie luka), ponadto w art. 112 w ust. 1 pkt 3 wyłączono z dyspozycji przepisu zatrudnienie w urzędach organów sprawujących nadzór nad Funduszem, z uwagi na niecelowość niepołączalności zatrudnienia w organie nadzoru i Funduszu, z uwzględnieniem regulacji art. 186 ustawy o świadczeniach, dotyczącego pracowników organu nadzoru wykonujących czynności nadzoru nad Funduszem. Zaproponowana zmiana wprowadza zatem możliwość pozostawania w stosunku pracy zarówno z Funduszem, jak i z organem nadzoru, o ile z punktu widzenia organu nadzoru nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 186 ustawy o świadczeniach;
- 7) w pkt 11 lit. b zaproponowano, w związku z uzyskaniem przez kontrolerów szerokich kompetencji oraz w celu zminimalizowania potencjalnych działań korupcyjnych, aby kontrolerzy informowali Prezesa Funduszu o tym, że ich osoba najbliższa jest lub stała się świadczeniodawcą albo właścicielem apteki lub świadczeniodawcy, oraz wprowadzono zakaz konkurencji – kontrolerzy nie będą mogli przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudnieni lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie;
- 8) w pkt 12 proponuje się wprowadzenie zmian racjonalizujących zasady zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Aktualnie, zgodnie z art. 132b ustawy o świadczeniach, świadczenia NiŚOZ są obligatoryjnie udzielane – na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy o świadczeniach – przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do wszystkich poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem szpitali ogólnopolskich. Celem projektowanych zmian jest zapewnienie szpitalom zakwalifikowanym do poziomu

szpitali ogólnopolskich możliwości udzielania świadczeń NiŚOZ – w przypadku wystąpienia z takim wnioskiem.

Ze względu na to, że świadczenia NiŚOZ można łączyć z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w innych komórkach organizacyjnych szpitala, w szczególności w izbie przyjęć lub w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanym dalej „SOR”, proponuje się zmianę polegającą na umożliwieniu udzielania świadczeń NiŚOZ szpitalom ogólnopolskim. Jeżeli szpitale te udzielają świadczeń w ramach szpitalnej izby przyjęć lub SOR, pozostawi się im możliwość realizacji świadczeń NiŚOZ, w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku złożenia stosownego wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W celu wprowadzenia ww. regulacji projektowana ustawa zawiera regulacje przejściowe w art. 16, które pozwolą na rozpoczęcie funkcjonowania nowych regulacji w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, począwszy od dnia następującego po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia niniejszej ustawy. Ponadto w zakresie systemu zabezpieczenia przewiduje się przejściowe rozwiązanie pozwalające na ustalenie w 2019 r. ryczału systemu zabezpieczenia przy uwzględnieniu dwóch okresów rozliczeniowych 2018 r. łącznie. Zaproponowane rozwiązanie polegające na tym, iż podstawą wyliczenia kwoty ryczału systemu zabezpieczenia na 2019 r. będą dane dotyczące wykonania świadczeń za oba półrocza 2018 r., ma na celu zapewnienie większej adekwatności i reprezentatywności tych danych, mając na uwadze zachodzące różnice w dynamice świadczeń między pierwszym i drugim półroczem;

- 9) w pkt 13 i 14 dokonano zmiany w art. 173 ust. 2 ustawy o świadczeniach w zakresie obecnego odwołania w tym przepisie do art. 64 ust. 3 i 4, a także zmiany treści art. 173 i art. 173a oraz uchylono art. 174–180 tej ustawy. Dodatkowo przedmiotowe zmiany skutkowały w pkt 4 zmianą odesłań dotyczących nadzoru ministra właściwego do spraw zdrowia nad Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

Powyższe zmiany, w zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wprowadzają ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego i ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne, umożliwi jednoczesne zapoznanie się jednostki kontrolowanej zarówno z ustaleniami, jak

i z oceną skontrolowanej działalności, oraz przyczyni się do usprawnienia i przyspieszenia procesów kontroli, co powinno się przyczynić do zwiększenia liczby kontroli realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednocześnie z uwagi na wprowadzenie działu IIIA, który w sposób rozbudowany i pełny określa zasady i tryb przeprowadzania kontroli, zdecydowano się zastosować odesłanie do regulacji, która w sposób całościowy obejmuje tematykę kontroli, przy zachowaniu odrębności wynikających z charakteru kontroli prowadzonej przez ww. ministrów;

- 10) w pkt 15 w poszczególnych przepisach art. 188 dodano uprawnienie Funduszu do przetwarzania danych osobowych w celu potwierdzenia udzielenia świadczeń, co stanowi rozwiązanie kompatybilne ,w szczególności z projektowaną zmianą w zakresie uprawnień Funduszu do uzyskiwania wyjaśnień, o których mowa w projektowanym art. 61w ustawy o świadczeniach;
- 11) w pkt 16 dokonano zmiany w art. 192a ustawy o świadczeniach przez rozszerzenie uprawnień Funduszu do pozyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach nie tylko jak dotychczas od świadczeniobiorcy, ale także od świadczeniodawcy, a także apteki, w zakresie dotyczącym recept zrealizowanych w postaci papierowej. Projektowana zmiana ma na celu ułatwienie realizacji przez Fundusz zadań w zakresie kontroli;
- 12) w pkt 17 dodano przepis karny przewidujący sankcje dla podmiotu zatrudniającego kontrolera wbrew warunkom określonym w projektowanym art. 112 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Sankcje te są wzorowane na rozwiązaniach przyjętych w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 1393).

W art. 2 zaproponowano zmianę w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, która jest odpowiedzią na oczekiwania osób zrzeszonych w samorządzie aptekarskim. W aktualnym stanie prawnym podjęcie pracy w aptece ogólnodostępnej przez magistra farmacji pracującego np. w Funduszu powyżej 5 lat, po zakończeniu tego zatrudnienia, oznacza, że farmaceuta jest obowiązany do odbycia płatnego stażu przypominającego trwającego do 6 miesięcy. Zadania wykonywane przez magistrów farmacji w trakcie pracy np. w Funduszu uzasadniają uwzględnienie pracowników Funduszu i innych tożsamych podmiotów w art. 17 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich jako grupę zachowującą uprawnienia zawodowe, na wzór członków innych samorządów zawodów medycznych, np. lekarzy i pielęgniarek.

W konsekwencji regulacji zawartych w art. 1 i 6 projektowanej ustawy zaproponowano także zmiany w ustawie – Prawo farmaceutyczne, w której w art. 96d uchylono ust. 1–3 i 5. Regulacje zawarte w uchylonych przepisach stanowiły zbędne powtórzenie projektowanych regulacji ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie w art. 37k ustawy – Prawo farmaceutyczne uchylono ust. 1c oraz nadano nowe brzmienie ust. 1d tego przepisu nakładające na badacza lub właściwy podmiot leczniczy obowiązek przekazania informacji do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o numerze PESEL uczestnika każdego badania klinicznego w terminie 14 dni od dnia włączenia do badania (a nie jak dotychczas tylko badania klinicznego niekomercyjnego). Pozwoli do Funduszowi kontrolować kwestie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uczestnikom tych badań, a tym samym finansowania tych świadczeń. Jednocześnie odniesienie do projektowanego art. 37 k ust. 1d dodano do pkt 5 art. 126 a ust. 1 penalizującego niewykonanie ww. obowiązku.

Ponadto w art. 96aa ustawy – Prawo farmaceutyczne wprowadzono zmianę polegającą na tym, że obowiązek informacyjny, który spoczywa na aptece lub punkcie aptecznym, przewidziany w tym przepisie, będzie realizowany w stosunku do jednego podmiotu (wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego), a nie do dwóch (Funduszu i wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego), jak jest w obecnym stanie prawnym. W związku z powyższą zmianą informacje, o których mowa w tym przepisie, będą przekazywane do Funduszu przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Ponadto w związku z dodaniem do ustawy o refundacji art. 47a, który przewiduje obowiązek dla podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny, który rozwiązał umowę z Funduszem lub zakończył prowadzenie działalności, wprowadzono zmianę w art. 127da ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, który będzie przewidywał karę pieniężną także w przypadku niewypełnienia ww. obowiązku.

W art. 3 pkt 3 ustawy o PRM zaproponowano rozszerzenie definicji lekarza systemu. Wprowadzenie przedmiotowej zmiany przyczyni się do zwiększenia możliwości dysponentów w zakresie zatrudnienia lekarzy systemu do pracy zarówno w zespołach ratownictwa medycznego, jak i w SOR, co przełoży się na zatrzymanie gwałtownego spadku liczby specjalistycznych zespołów kadrowych oraz zwiększenie obsady SOR. W konsekwencji tej zmiany uchylono pkt 1 w art. 57 ust. 1 ustawy o PRM.

W art. 3 ustawy o PRM wprowadzono również definicję segregacji medycznej, a w projektowanym art. 33a tej ustawy zawarto bardziej szczegółowe rozwiązania z tym zakresie. Proponowana zmiana ustawy o PRM dotyczy wprowadzenia jednolitych zasad segregacji medycznej. W chwili obecnej brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w SOR. Decyzje dotyczące organizacji pracy SOR są podejmowane samodzielnie przez kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych.

Wprowadzenie zmian systemowych umożliwia prowadzenie centralnej polityki w zakresie organizacji pracy w SOR. Ujednolicenie zasad prowadzenia segregacji medycznej zwiększa bezpieczeństwo pacjentów i poprawia komfort pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych. Wprowadzony zostanie obowiązek prowadzenia segregacji medycznej dla wszystkich podmiotów leczniczych posiadających SOR, co oznacza dostosowanie ich do najwyższych standardów w obszarze medycyny ratunkowej.

Zmiany wprowadzone do ustawy o PRM dotyczą utworzenia systemu, zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR, przetwarzającego dane o liczbie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, kategorii przypisanej im w wyniku segregacji medycznej i czasie oczekiwania w SOR, zwanego dalej „TOPSOR”.

Administratorem danych przetwarzanych w TOPSOR będzie Fundusz, przy czym do dnia 31 grudnia 2026 r. zadanie to w zakresie administrowania TOPSOR oraz administrowania danymi przetwarzanymi w TOPSOR będzie realizowało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Rozwiązanie techniczne systemu pozwala na zarządzanie trybami obsługi pacjentów oczekujących w SOR oraz przypisanie ich do odpowiedniej kategorii według stopnia pilności udzielenia świadczeń medycznych. Dotyczy to również osób przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego. Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwia bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń w SOR. Takie rozwiązanie skutkuje zwiększeniem komfortu osób znajdujących się w stanie zagrażającym ich zdrowiu lub życiu. Znacznie ograniczone zostaje również nieefektywne wykorzystanie czasu pracy osób zatrudnionych w rejestracji i punktach informacji, który do tej pory przeznaczany był na uzyskiwanie oraz udostępnianie danych dotyczących czasu oczekiwania.

W projekcie zmiany przewiduje się również rozszerzenie upoważnienia ustawowego dotyczącego uwzględnienia w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczącego organizacji pracy w SOR szczegółowych warunków prowadzenia segregacji medycznej w SOR.

Ponadto w projektowanych przepisach przewidziano upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego minimalną funkcjonalność TOPSOR oraz warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych, administrowania, a także minimalne wymagania techniczne. Wydanie tego aktu ma nastąpić w terminie do dnia 1 lipca 2019 r.

Proponowane zmiany w ustawie PRM polegają na wprowadzeniu mechanizmu zmierzającego do zwiększenia racjonalizacji wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w szpitalach – w odniesieniu do tzw. jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – przez stworzenie możliwości skoncentrowania takich zasobów w części szpitali funkcjonujących na danym terenie, jeżeli mogą one w stopniu wystarczającym zapewnić prawidłowe zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów w stanach nagłych.

W tym celu proponuje się wprowadzenie możliwości ustalania przez właściwego wojewodę – na wniosek świadczeniodawców i w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – harmonogramu realizacji świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (jednak z wyłączeniem centrów urazowych). Harmonogramy te powinny być uwzględniane przy wskazaniu szpitala, do którego jest transportowany pacjent, przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, zgodnie z art. 44 lub art. 45 ustawy o PRM. Ponadto mogłyby być uwzględniane także na mocy samodzielnej decyzji kierownika zespołu ratownictwa medycznego.

Harmonogramy sporządzone przez wojewodów byłyby podawane do publicznej wiadomości przez ogłaszanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody oraz oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Proponowane rozwiązanie umożliwi szpitalom odpowiednie zmniejszenie obsady lekarskiej i pielęgniarskiej w okresach, w których zgodnie z ww. harmonogramem nie będą musiały zapewniać udzielania świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości (a co za tym idzie, co do

zasady, nie będą do nich trafiać pacjenci w stanach nagłych). Powinno ono zatem przyczynić się w szczególności do lepszego, bardziej elastycznego i efektywnego wykorzystania kadr medycznych w sytuacji ich wzrastającego niedoboru w systemie opieki zdrowotnej.

Co należy podkreślić, z faktu, iż dany szpital w określonym dniu kalendarzowym będzie figurował w harmonogramie jako szpital niedziałający w warunkach zwiększonej gotowości, nie wynika, że będzie on całkowicie zwolniony z przyjmowania pacjentów w stanach nagłych. Oznacza to tylko, że do takiego szpitala trafiać będzie mniejsza liczba pacjentów w stanach nagłych, w szczególności przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego. Nie ulegną natomiast zmianie podstawowe obowiązki świadczeniodawców, wynikające z zawartych umów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji, a zatem umów, obejmujących z istoty rzeczy gotowość do całodobowego przyjmowania pacjentów w stanach nagłych.

W konsekwencji regulacji zawartych w art. 1 projektowanej ustawy zaproponowano także zmiany w ustawie o PRM, w której w art. 49 ust. 1, w miejsce oddziału wojewódzkiego Funduszu, jako podmiot uprawniony do kontroli umów w zakresie ratownictwa medycznego wskazano Prezesa Funduszu.

Ponadto w konsekwencji regulacji zawartych w art. 1 projektowanej ustawy, która przewiduje, że kontrolerem może być pracownik Funduszu, który nie pełnił służby zawodowej ani nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa ani nie był ich współpracownikiem, zaproponowano także zmiany w tej ustawie, które nałożą na osoby kandydujące na funkcję kontrolera obowiązek złożenia Prezesowi Funduszu oświadczenia lustracyjnego.

W konsekwencji powyższych regulacji w art. 6 projektowanej ustawy zaproponowano adekwatne zmiany w ustawie o refundacji:

- 1) w art. 42 zaproponowano zmiany, polegające na zmianie treści ust. 4 i uchyleniu ust. 5–7, normujących kwestię wniosku o ponowne rozpatrzenie zażalenia; mają one na celu ujednoczenie i – przede wszystkim – wyrównanie uprawnień aptek oraz świadczeniodawców wynikających odpowiednio z art. 42 ustawy o refundacji i z art. 161 ustawy o świadczeniach. W przypadku art. 161 ustawy o świadczeniach zawierającego analogiczne normy dotyczące uprawnienia świadczeniodawcy do złożenia zażalenia, uchylono przepisy uprawniające do składania przedmiotowego wniosku. Wobec czego

zasadne jest wprowadzenie takiego samego rozwiązania wobec podmiotów prowadzących aptekę;

- 2) w art. 47 ustawy o refundacji zmieniono ust. 1 przez wprowadzenie obowiązku udostępniania przez aptekę, na żądanie Funduszu, recept wystawionych wyłącznie w postaci papierowej, z pominięciem elektronicznej, do których dostęp Fundusz posiada, uchylono ust. 2 oraz ust. 4–17, a także dodano ust. 3a odsyłający w zakresie kontroli aptek do stosowania przepisów działu IIIA ustawy o świadczeniach;
- 3) dodano art. 47a – uzupełniono przepisy ustawy o uregulowania odnoszące się do kontroli aptek zamkniętych, tj. aptek, które nie tylko rozwiązały umowę z Funduszem, ale również zakończyły prowadzenie działalności. Zapewnienie dostępu Funduszu do recept zrealizowanych przez zlikwidowaną aptekę przepisem ustawowym jest istotne, w celu umożliwienia Funduszowi weryfikacji tych recept. Obecnie brak możliwości kontaktu z takim podmiotem powoduje komplikacje z dostępem Funduszu do tych recept, a w związku z tym – trudności, a w zasadzie brak możliwości realizacji zadań związanych z ich kontrolą. Dlatego zasadne wydaje się wprowadzenie w art. 47a przepisu zobowiązującego do aktualizowania przez 5 lat od dnia zakończenia prowadzenia działalności danych adresowych osoby reprezentującej podmiot lub podania danych osoby upoważnionej do wydania recept w razie nieobecności osoby reprezentującej;
- 4) w art. 52a wprowadzono zmianę w zakresie przesłanek nałożenia kary administracyjnej w wyniku przeprowadzenia kontroli w zakresie ordynacji leków. Przesłankę „uniemożliwienie czynności kontrolnych” rozszerzono również na inne czynności, określone w dodawanym dziale IIIA ustawy o świadczeniach. Dodano także pięć przesłanek dotyczących m.in. prowadzenia dokumentacji medycznej, tj. prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa i nieprowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisanie recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodnie z uprawnieniami świadczeniobiorcy albo osoby uprawnionej lub wskazaniem zawartymi w obwieszczeniach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji. W obecnym stanie prawnym w przypadku stwierdzenia przez Fundusz ww. nieprawidłowości, w tym wadliwego prowadzenia dokumentacji medycznej lub nieprowadzenia tej dokumentacji, Fundusz nie posiada instrumentu umożliwiającego nałożenie kary za niewykonywanie w tym zakresie obowiązków wynikających z przepisów prawa. Dotyczy to osób uprawnionych w rozumieniu ustawy o refundacji, które nie posiadają umowy z Funduszem na wystawienie recept, w odróżnieniu od świadczeniodawców, na których w przypadku błędów w dokumentacji medycznej bądź

jej nieprowadzenia, w wyniku kontroli ordynacji leków kara jest nakładana. Przesłanki nakładania kar wskazane w projektowanym przepisie określone w pkt 3–7 są tożsame z przesłankami nałożenia kar na świadczeniodawcę w przypadku kontroli ordynacji lekarskiej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), zwanym dalej „OWU”.

Zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 3 lit. d OWU przesłanką nałożenia kary umownej jest „gromadzenie informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa”. Przesłanka ta jest tożsama z przesłankami wskazanymi w projektowanym art. 52a ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o refundacji.

Zgodnie z § 31 ust. 1 OWU „umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją:

- 1) przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, lub
- 2) pacjentom niebędącym świadczeniobiorcami albo osobami uprawnionymi, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, lub
- 3) w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”.

Przesłanki wskazane w art. 52a ust. 1 pkt 5–7 ustawy o refundacji stanowią zatem odpowiednik ww. przesłanek wskazanych w przepisach OWU. Wprowadzenie tych przesłanek do katalogu kar wynikających z art. 52a ustawy o refundacji ma zatem na celu równe traktowanie podmiotów posiadających te same uprawnienie, czyli uprawnienie do wystawiania recept.

Ponadto dostosowano treści art. 52a ust. 2 i 3 ustawy o refundacji do projektowanego art. 61x ustawy o świadczeniach, które to ustępy, oprócz okresu objętego kontrolą, będą odnosiły się również do okresu objętego czynnościami, o których mowa w ww. art. 61x

ustawy o świadczeniach, tj. okresu czynności sprawdzających (art. 61w ust. 1 ww. ustawy) oraz czynności przyznania okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę;

- 5) w art. 53 ust. 2a ustawy o refundacji wprowadzono zmianę w zakresie wskazania podmiotu uprawnionego do nałożenia kary administracyjnej, o której mowa w art. 52a ustawy o refundacji. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zastąpiono Prezesem Funduszu, który w projektowanym stanie prawnym będzie uprawniony do przeprowadzania kontroli w miejsce dotychczasowego uprawnienia dyrektora. Od decyzji administracyjnej wydanej przez Prezesa Funduszu będzie przysługiwał wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. W konsekwencji tej zmiany uchylono pkt 24 w art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach oraz dokonano zmiany w art. 102 ust. 5 pkt 24b tej ustawy.

W związku ze zmianami wprowadzonymi w ustawie o świadczeniach w zakresie elektronizacji procesu kontroli w art. 7 projektu ustawy wprowadzono przepis przejściowy umożliwiający wejście w życie tych zmian.

Przepis art. 8 projektu ustawy ma natomiast na celu uregulowanie stosowania przepisów w okresie przejściowym, tj. do procedur, w tym kontroli, które zostały wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy. Z kolei przepis art. 9–14 projektu ustawy dostosowują działalność Funduszu do nowych regulacji dotyczących kontroli i korpusu kontrolerskiego.

Jeżeli chodzi o art. 11, w komórce właściwej do spraw kontroli pracownicy będą zatrudnieni na stanowiskach pracowniczych dwojakiego rodzaju: stanowiskach będących zwykłymi stanowiskami pracowniczymi oraz na stanowiskach kontrolerskich, które zostaną utworzone dla członków korpusu kontrolerskiego. Tworzenie korpusu kontrolerskiego w Funduszu będzie długotrwałym procesem zapoczątkowanym przejściem pracowników wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu do centrali Funduszu. Proces kształtowania nowej struktury, pełnego dostosowania do nowych zadań i nowego podejścia do kontroli będzie również następował etapowo i przewiduje się, że potrwa ok. 2 lat. Celem wprowadzanych zmian będzie stworzenie nowego – jednolitego w całej organizacji – podejścia do realizacji zadań kontrolnych, opartego na polityce kontrolnej Prezesa Funduszu, a nie na politykach lokalnych.

Z dniem wejścia w życie ustawy przejmowani pracownicy wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu zostaną zatrudnieni na zwykłych stanowiskach pracowniczych, a następnie będą mogli przystąpić do egzaminu kontrolerskiego i uzyskać status kontrolera.

Projekt przewiduje zachowanie przez 2 lata uprawnień do realizacji kontroli, w tym do podpisywania wystąpień pokontrolnych. Podkreślić w tym miejscu należy, że przystąpienie do egzaminu kontrolerskiego nie będzie obowiązkowe. Osoby, które nie uzyskają statusu kontrolera, będą mogły nadal uczestniczyć w czynnościach kontrolnych, nie prowadząc samodzielnie kontroli, a wykonując poszczególne czynności kontrolne (art. 61e ust. 2 ustawy o świadczeniach). Dotyczy to w szczególności osób z wykształceniem medycznym, które np. z uwagi na zaawansowany wiek nie będą chciały zostać kontrolerami.

Pracownicy z wykształceniem średnim będą mogli po uzupełnieniu wykształcenia do poziomu wykształcenia wyższego przystąpić do egzaminu i uzyskać status kontrolera. Osoby, które nie podejmą się uzupełnienia wykształcenia, będą mogły pracować w komórce kontrolnej i wykonywać poszczególne czynności kontrolne, nie prowadząc kontroli jako kontroler (art. 61e ust. 2 ustawy o świadczeniach).

Pracownicy Funduszu, którzy wejdą w skład korpusu kontrolerskiego, będą zatrudnieni na podstawie powołania. Podkreślić jednak należy, że regulacje dotyczące powołania, zaproponowane w projekcie, odbiegają od charakteru powołania, o którym jest mowa w Kodeksie Pracy. Projekt ustawy przewiduje możliwość odwołania pracownika będącego członkiem korpusu kontrolerskiego wyłącznie w przypadku zaistnienia przesłanek wskazanych w art. 61y ust. 10 ustawy o świadczeniach.

Wyjaśnić również należy, że przejęcie pracowników dotychczasowych wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu nastąpi z mocy prawa, ale będzie wymagało wykonania zarówno przez oddziały, jak i przez Centralę, czynności z zakresu prawa pracy związanych z umowami o pracę tych pracowników. Dotychczasowe umowy o pracę zawarte z dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu będą ulegały rozwiązaniu, a następnie zostaną zawarte umowy o pracę z Prezesem Funduszu. Z uwagi na fakt przejścia pracowników do centrali z mocy prawa, zatrudnienie nastąpi bez przechodzenia procesu rekrutacji. Kwestie przeniesienia etatów będą uregulowane zmianą planów zatrudnienia centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu. W przypadku osób zatrudnionych dotychczas na części etatu kwestia wysokości etatu w nowej strukturze będzie przedmiotem indywidualnych uzgodnień.

Przepisy art. 15 i art. 16 mają na celu pełną realizację zmian w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zaproponowanych w art. 132b ustawy o świadczeniach.

Ponadto w art. 18 przewidziano, iż szpitalne oddziały ratunkowe znajdujące się w podmiotach leczniczych innych niż te, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) albo samorząd województwa, prowadzą segregację medyczną, w rozumieniu art. 3 pkt 14b ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą, od dnia 1 stycznia 2021 r.

W art. 19 projektu ustawy zakłada się, że wejdzie ona w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 15 i art. 16, które wejdą w życie z dniem ogłoszenia – co ma na celu umożliwienie ustalenia w 2019 r. ryczału systemu zabezpieczenia przy uwzględnieniu dwóch okresów rozliczeniowych 2018 r. łącznie oraz, co wynika z tego, że świadczeniodawcy, których dotyczą projektowane regulacje, powinni jak najwcześniej złożyć do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odpowiednie wnioski w zakresie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, celem przeprowadzenia ewentualnych postępowań uzupełniających, zapewniających zabezpieczenie dostępu do tego rodzaju świadczeń;
- 2) art. 4 pkt 1 lit. a, pkt 2, 5 i 7, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, umożliwiające wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego racjonalizację wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w szpitalach, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 3) art. 4 pkt 1 lit. b i pkt 3 w zakresie art. 33a ust. 1–6 oraz pkt 4 i art. 17, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.;
- 4) art. 4 pkt 3 w zakresie art. 33a ust. 7, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane przepisy nie będą miały negatywnego wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców w zakresie nałożenia na nich nowych albo wykonywania dotychczasowych obowiązków. Zakłada się docelowe zwiększenie liczby kontroli, a jednocześnie uproszczenie trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych.

Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa. Koszty związane z utworzeniem korpusu kontrolerskiego zostaną poniesione przez Fundusz z własnych środków w ramach planu finansowego Funduszu.

Projektowana regulacja nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 587).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do uchwalenia projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Krzysztof Krzyżanowski – Dyrektor Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg, tel. 22 530 02 80, k.krzyzanowski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 01.02.2019 r.</p> <p>Źródło: Inicjatywa własna</p> <p>Nr w Wykazie prac Rady Ministrów: UD444</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Problemem jest niewystarczająca skuteczność kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Fundusz lub NFZ), w zakresie prawidłowości realizacji umów przez świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę obecną liczbę umów (35 tys.) oraz liczbę prowadzonych rocznie kontroli (niespełna 2 tys.), należy uznać, że liczba aktualnie prowadzonych kontroli umożliwia skontrolowanie realizacji każdej umowy średnio co 18 lat, a każdego świadczeniodawcy średnio co 16 lat. Oznacza to, że skuteczność kontroli powinna zostać zwiększona, biorąc pod uwagę choćby kilkuletni okres obowiązywania kontraktów.

Poważnym problemem z punktu widzenia sprawności i skuteczności kontroli jest także stabilność zatrudnienia pracowników kontroli oraz fluktuacja kadry kontrolerskiej (w szczególności polegająca na zmianie miejsca zatrudnienia przez osoby z wykształceniem medycznym). Dodatkowym problemem jest długotrwałość i skomplikowanie procedur kontrolnych, co z jednej strony negatywnie wpływa na efektywność kontroli, z drugiej zaś skutkować może jej uciążliwością dla podmiotu kontrolowanego. Ponadto rozproszenie służb kontrolnych i ich umiejscowienie w oddziałach wojewódzkich Funduszu może skutkować różnymi wzorcami ich organizacji i sposobu działania, a nawet odmienną interpretacją wyników, a w konsekwencji zróżnicowaniem skutków kontroli.

W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia problemem jest długotrwałość postępowań kontrolnych związana z koniecznością sporządzania protokołu kontroli, a następnie obowiązkiem sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto brak jest jednolitego trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych – regulacje ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) i ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.) w odmienny sposób regulują tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (tzw. ordynacji lekarskich) i kontroli aptek.

W obecnym stanie prawnym Fundusz nie dysponuje dostępem do informacji o komercyjnych badaniach klinicznych. W konsekwencji Fundusz nie ma możliwości kontrolowania zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uczestnikom badań, a tym samym możliwego podwójnego finansowania tych świadczeń. Dla uporządkowania sytuacji konieczne jest rozszerzenie obowiązków informacyjno-sprawozdawczych badacza lub podmiotu leczniczego prowadzącego badania kliniczne.

Analiza dotycząca rocznego funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) wykazała potrzebę zmian w przepisach regulujących udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach tego systemu. W szczególności stwierdzono, że zasadne jest dopuszczenie do udzielania omawianych świadczeń szpitali ogólnopolskich, posiadających izby przyjęć lub szpitalne oddziały ratunkowe. Zmiany te wpłyną na poprawę dostępności i jakości tych świadczeń.

W systemie opieki zdrowotnej, przynajmniej na niektórych obszarach, można zidentyfikować zjawisko częściowego dublowania się jednostek organizacyjnych szpitali pod względem zapewnienia gotowości do przyjmowania pacjentów w stanach nagłych. Oznacza to, że szpitale te łącznie utrzymują niekiedy obsadę dyżurową, która przekracza minimum niezbędne dla zapewnienia właściwej obsługi pacjentów trafiających do szpitali w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednocześnie już obecnie część szpitali boryka się z niedoborami kadrowymi, utrudniającymi zarówno zapewnienie właściwej obsady dyżurowej, jak i wystarczającą obsadę lekarsko-pielęgniarską w normalnych godzinach pracy oddziałów, kiedy zaopatrywani są również pacjenci przyjmowani w trybie planowym. Należy liczyć się także z prawdopodobieństwem dalszego pogłębienia się tego zjawiska w przyszłości. W związku z tym istnieje pilna potrzeba wprowadzenia mechanizmu, który umożliwiłby do pewnego stopnia bardziej elastyczne wykorzystanie kadr medycznych zatrudnionych w jednostkach niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w stanach nagłych.

Mechanizm taki polegałby na wskazywaniu spośród szpitali obsługujących dany obszar części szpitali, które (w odniesieniu do jednostek niezbędnych dla ratownictwa medycznego) zapewniałyby w określonych dniach zwiększoną gotowość do udzielania świadczeń pacjentom w stanach nagłych, a w pozostałe dni mogłyby odpowiednio zredukować obsadę dyżurową.

Brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR).

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

Planuje się koncentrację potencjału służb kontrolnych, obecnie rozproszonych między poszczególne oddziały wojewódzkie i centralę Funduszu. Proponowane rozwiązanie zakłada utworzenie korpusu kontrolerskiego na poziomie centrali Funduszu, wyposażonego w kompetencje i narzędzia do prowadzenia sprawnej i skutecznej kontroli.

Takie umocowanie służb kontrolnych sprzyjać będzie ponadto lepszemu planowaniu kontroli, ukierunkowanych na wykrycie i potwierdzenie niewłaściwej realizacji umów, na podstawie których Fundusz wypłaca środki publiczne, jak również nieefektywności w tym zakresie wskazanych m.in. przez poprzedzające działania analityczne.

Ponadto dla zwiększenia sprawności działań kontrolerskich oraz zmniejszenia uciążliwości kontroli dla świadczeniodawców zakłada się uproszczenie procedur kontrolnych i zwiększenie udziału działań przedkontrolnych, polegających na zdalnym (korespondencyjnym) wyjaśnianiu przez świadczeniodawców zdarzeń stanowiących podstawę ich weryfikacji przez Fundusz. W zakresie kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakłada się ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego i ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne – umożliwi jednoczesowe zapoznanie się jednostki kontrolowanej zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności. Wprowadza się jako zasadę komunikację między Prezesem Funduszu, kontrolerami a podmiotem kontrolowanym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, co powinno uprościć, przyspieszyć oraz obniżyć koszty przeprowadzanej kontroli. Ponadto wprowadza się zasady wzorowane na ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, z późn. zm.), które są korzystne dla podmiotów kontrolowanych, np. określenie czasu trwania wszystkich kontroli Funduszu w jednostkach organizacyjnych podmiotu kontrolowanego w roku kalendarzowym.

Przedmiotowy projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie 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 2017 r. poz. 2186, z późn. zm.), włączając do katalogu osób obowiązanych do składania oświadczenia, o której mowa w ww. ustawie, kontrolerów.

W konsekwencji powyższych regulacji konieczne jest wprowadzenie adekwatnych zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

W zakresie zmiany ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.), na badacza lub właściwy podmiot leczniczy badań klinicznych zostanie nałożony obowiązek przekazywania informacji do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o uczestnikach badania klinicznego.

Proponuje się zmianę polegającą na umożliwieniu udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla szpitali ogólnopolskich. Realizacja tych świadczeń będzie możliwa w przypadku złożenia odpowiedniego wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Szpitale ogólnopolskie będą mogły skorzystać z tej możliwości, jeżeli udzielają świadczeń w ramach szpitalnej izby przyjęć lub SOR.

Zmiana ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.) umożliwi racjonalizację wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, przez możliwość ich skoncentrowania wyłącznie u tych świadczeniodawców, którzy w stopniu wystarczającym zapewniają dostępność na potrzeby systemu ratownictwa medycznego na danym terenie. W tym celu proponuje się wprowadzenie możliwości ustalania przez właściwego wojewodę – na wniosek świadczeniodawców i w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – harmonogramu realizacji świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (z wyłączeniem centrów urazowych). W przypadku ustalenia harmonogramu dla danego obszaru zespoły ratownictwa medycznego nie powinny transportować pacjentów do jednostek organizacyjnych szpitali, które w danym dniu nie będą działały w warunkach zwiększonej gotowości. Kolejne zmiany wprowadzone do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczą utworzenia systemu przetwarzającego dane o liczbie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, kategorii przypisanej im w wyniku segregacji medycznej i czasie oczekiwania w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR). Administratorem danych przetwarzanych w TOPSOR będzie Fundusz, przy czym do dnia 1 stycznia 2027 r. zadanie to będzie realizowane przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Rozwiązanie techniczne systemu pozwoli na zarządzanie trybami obsługi osób oczekujących w SOR oraz przypisanie ich do odpowiedniej kategorii według stopnia pilności udzielenia świadczeń medycznych. Dotyczy to również osób przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego. Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwi bieżące

informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Takie rozwiązanie skutkuje zwiększeniem komfortu osób oczekujących na udzielenie pomocy. Znacznie ograniczone zostanie również nieefektywne wykorzystanie czasu pracy osób zatrudnionych w rejestracji i punktach informacji, który do tej pory przeznaczony był na uzyskiwanie oraz udostępnianie danych dotyczących czasu oczekiwania. Zastosowane rozwiązania mają za zadanie skrócić okres pobytu w poczekalni SOR. W projekcie ustawy przewiduje się również rozszerzenie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dot. szczegółowych warunków segregacji medycznej w SOR. Szacowany koszt utworzenia systemu i wdrożenia we wszystkich SOR wynosi ok. 50 mln zł. Planowane jest sfinansowanie kosztu ze środków europejskich w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 oraz budżetu państwa część 46 – Zdrowie (ewentualne wydatki niekwalifikowalne). Minister Zdrowia uzyskał wstępną aprobatę od Instytucji Zarządzającej, dotyczącą realizacji projektu. Planuje się realizowanie projektu z udziałem środków europejskich w okresie 2019–2021 r.

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

Ze względu na różnice w organizacji publicznych systemów ochrony zdrowia w większości krajów trudno jest wskazać jednolity sposób rozwiązywania ww. problemów w innych krajach. Wspólnym dla wielu krajów (m.in. Wielkiej Brytanii, Francji) jest wyodrębnienie służb kontrolnych w strukturach płatników publicznych oraz zdecydowanie większa liczba kontrolerów niż w naszym kraju. Jednocześnie w kraju o zbliżonym modelu finansowania opieki zdrowotnej – Chorwacji należy dostrzec znacznie wyższą aktywność kontrolerską, którą są objęci corocznie praktycznie wszyscy świadczeniodawcy. Podobna sytuacja ma miejsce w Słowenii. We wszystkich krajach również większą rolę niż dotychczas w Rzeczypospolitej Polskiej odgrywa wykorzystanie przez służby kontrolne środków komunikacji elektronicznej, co jest przede wszystkim konsekwencją większej elektronizacji usług w sektorze medycznym. Brak jest informacji dotyczącej regulacji prawnej w zakresie rozwiązań systemowych w odniesieniu do segregacji medycznej dotyczących funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych w pozostałych krajach.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy posiadający umowę z Funduszem	31 tysięcy podmiotów (dane z 2018 r.)	system informatyczny Funduszu	Podmioty podlegające kontroli Funduszu.
Apteki	16 tysięcy podmiotów	Rejestr Aptek	Podmioty podlegające kontroli Funduszu.
Fundusz	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	1. Podmiot kontrolujący. 2. Administrator danych przetwarzanych w TOPSOR od dnia 1 stycznia 2027 r.
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	Administrator TOPSOR do dnia 31 grudnia 2026 r.
Świadczeniobiorcy	ok. 35,492 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Potencjalni pacjenci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Poprawa dostępu oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
Szpitaly zakwalifikowane do poziomu VI PSZ	91 szpitali	Wykazy szpitali zakwalifikowanych do PSZ	Umożliwienie udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
Szpitaly posiadające jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	ok. 600	wojewódzkie plany działania systemu państwowego ratownictwa medycznego	Umożliwienie uelastycznienia obsady kadrowej, w przypadku włączenia szpitala do systemu dyżurowego, w okresach wskazanych w harmonogramach dyżurów.

SOR	229	wojewódzkie plany działania systemu państwowego ratownictwa medycznego	Wprowadzenie jednolitych zasad segregacji medycznej, w tym poprawa komfortu pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych.
-----	-----	--	---

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

Nie było prowadzonych prekonsultacji odnośnie do projektu ustawy.

Projekt został przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych na okres 21 dni do następujących podmiotów:

- 1) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 4) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- 5) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- 7) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 8) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 9) Forum Związków Zawodowych;
- 10) Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 11) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 12) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 13) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- 14) Ogólnopolskiego Związku Lekarzy;
- 15) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych;
- 16) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 18) Konfederacji „Lewiatan”;
- 19) Związku Rzemiosła Polskiego;
- 20) Business Centre Club;
- 21) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
- 22) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 23) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 24) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 25) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 26) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 27) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia;
- 28) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Opieki Zdrowotnej;
- 29) Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 30) Związku Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacja Pracodawców w Łańcucie;
- 31) Związku Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 32) Pracodawców Pomorza;
- 33) Mazowieckiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 34) Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców;
- 35) Związku Pracodawców Szpitali Warmii i Mazur;
- 36) Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
- 37) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 38) Lidera ruchu „Obywatele dla Zdrowia”;
- 39) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 40) Federacji Pacjentów Polskich;

- 41) Stowarzyszenia Primum Non Nocere;
- 42) Izby Lecznictwa Polskiego;
- 43) Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 44) Stowarzyszenia Szpitali Małopolskich;
- 45) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 46) Stowarzyszenia Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 47) Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) niniejszy projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2018 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	18,9	36,6	49,7	71,5	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	819,3
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jednostki samorządu terytorialnego (JST)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	18,9	36,6	49,7	71,5	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	819,3
Wydatki ogółem	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Saldo ogółem	13,9	36,6	49,7	71,5	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	814,3
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	13,9	36,6	49,7	71,5	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	91,8	814,3

Źródła finansowania	Plan finansowy Funduszu. Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa.
---------------------	--

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Dochody: W 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1929 kontroli w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 2049 umów. W wyniku prowadzonych postępowań oddziały wojewódzkie Funduszu wskazały w wystąpieniach pokontrolnych wartość nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 40 213 tys. zł oraz nałożyły kary umowne na kwotę 13 572 tys. zł, co daje łącznie wartość 53 787 tys. zł, to jest 26 tys. zł w przeliczeniu na jedną skontrolowaną umowę. Przyjmując taką skuteczność działań kontrolnych, docelowe zwiększenie liczby zweryfikowanych umów (5.5 tys. rocznie) powinno – w zakresie świadczeń – przynieść rocznie łączny skutek w kwocie 91 640 tys. zł.</p> <p>Założono, że liczba kontroli będzie rosła sukcesywnie, a docelowa sprawność i skuteczność zostaną osiągnięte w piątym roku od wprowadzenia zmiany.</p> <p>Wydatki: W ramach wydatków Funduszu przewidziano 5 mln zł na wytworzenie systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie analizy ryzyka nadużyć oraz wspierającego sprawną koordynację procesu kontrolnego, a także na przygotowanie Funduszu do przejścia na elektroniczną komunikację z podmiotami kontrolowanymi.</p> <p>W zakresie finansowania TOPSOR – Środki na sfinansowanie zadań będą zabezpieczone przez Ministra Zdrowia w budżecie państwa, w tym również w zakresie finansowania ze środków</p>
--	--

	<p>Unii Europejskiej.</p> <p>Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa. Koszty związane z utworzeniem korpusu kontrolerskiego zostaną poniesione przez NFZ z własnych środków w ramach planu finansowego Funduszu. Należy podkreślić, iż na skutek uproszczenia mechanizmów kontroli i jej elektronizacji zakłada się zintensyfikowanie procesu kontrolnego, co pozytywnie wpłynie na stan finansowy NFZ. Tworzenie korpusu kontrolerskiego w NFZ będzie procesem zapoczątkowanym przejściem pracowników wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu do centrali Funduszu. Z dniem wejścia w życie przedmiotowej ustawy przejmowani pracownicy wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu zostaną zatrudnieni na „zwykłych” stanowiskach pracowniczych, a następnie będą mogli przystąpić do egzaminu kontrolerskiego, a w konsekwencji uzyskać status kontrolera. Projekt przewiduje zachowanie przez 2 lata uprawnień do realizacji kontroli. Przejście pracowników dotychczasowych wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich NFZ nastąpi z mocy prawa, ale będzie wymagało wykonania zarówno przez oddziały, jak i przez centralę Funduszu, czynności z zakresu prawa pracy związanych z umowami o pracę tych pracowników. Dotychczasowe umowy o pracę zawarte z dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ będą ulegały rozwiązaniu, a następnie zostaną zawarte umowy o pracę z Prezesem Funduszu. Z uwagi na fakt przejścia pracowników do centrali z mocy prawa, zatrudnienie nastąpi bez przechodzenia procesu rekrutacji. Kwestie przeniesienia etatów będą uregulowane zmianą planów zatrudnienia centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ. Powyższe działania nie będą miały wpływu na wynagrodzenia przejmowanych przez centralę Funduszu pracowników.</p>
--	--

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 2018 r.)	duże przedsiębiorstwa	0,3	0,5	0,4	0,3	0	0	1,7
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0,5	0,7	0,6	0,5	0	0	2,6
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby kontroli i zwiększeniu roli czynności sprawdzających. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Zakłada się docelowe istotne zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby kontroli i zwiększeniu roli czynności sprawdzających. Jednoczesne uproszczenie i elektronizacja trybu kontrolnego powinno zmniejszyć uciążliwość kontroli dla podmiotów kontrolowanych.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich, co tym samym pozytywnie wpłynie na sytuację osób niepełnosprawnych i osób starszych. Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwi bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Rozwiązanie to skutkuje zwiększeniem komfortu osób oczekujących na udzielenie pomocy.						
Niemierzalne	Podmioty realizujące umowę z Funduszem na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	Zwiększenie liczby umów poddanych weryfikacji przyczyni się do poprawy konkurencyjności między podmiotami udzielającymi świadczeń opieki w wyniku urealnienia nadzoru i założeniu docelowego skontrolowania wszystkich podmiotów w czasie obowiązywania umów z Funduszem.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		0	1	2	3	5	10
	Koszty techniczne kontroli	30 0	300	240	180	60	60
	Koszty pracy związane z kontrolą	45 0	450	360	270	90	90
	Łączne koszty kontroli po stronie podmiotu kontrolowanego	75 0	750	600	450	150	150

W celu oszacowania wpływu na funkcjonowanie przedsiębiorców przyjęto, że:

- 1) przedsiębiorcy stanowią ok. 70% podmiotów kontrolowanych, w oparciu o dane z przeprowadzonych kontroli oszacowano, że ok. 40% tych podmiotów to duże przedsiębiorstwa;
- 2) pojedyncza kontrola wymaga zaangażowania ze strony podmiotu kontrolowanego w wymiarze ok. 2 roboczodni (z czego około 50% zajmuje przygotowanie dokumentów, 20% wykonanie obliczeń i zestawień, 10% udział w oględzinach, 20% składanie wyjaśnień) – dodatkowe koszty osobowe dotyczą jedynie dodatkowych kontroli;
- 3) koszty techniczne związane z kontrolą (m.in. wykonywaniem odwzorowań cyfrowych dokumentacji papierowej) wynoszą ok. 300 zł – koszty te dotyczą wszystkich prowadzonych kontroli;
- 4) łączne koszty prowadzenia kontroli ze względu na dopuszczenie znacznej elektronizacji procesu kontroli oraz postępującą digitalizację podmiotów kontrolowanych (m.in. e-recepta, e-skierowanie, elektroniczna dokumentacja medyczna) w ciągu 5 lat spadną o ok. 80%;
- 5) obliczenia zostały wykonane przy założeniu, że w scenariuszu bazowym liczba zweryfikowanych umów pozostaje bez zmian (2049), a koszt pojedynczej kontroli po stronie przedsiębiorcy wynosi 750 zł.

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: Proponuje się uproszczenie procedury kontrolnej m.in. przez rezygnację ze stosowania dwóch dokumentów powstających w trakcie kontroli – protokołu i wystąpienia pokontrolnego oraz elektronizację procesu kontroli. Zmiana zakłada pozostawienie jedynie wystąpienia pokontrolnego (analogicznie jak w przypadku procedury Najwyższej Izby Kontroli). Wprowadza się jako zasadę komunikację elektroniczną w trakcie wykonywania czynności kontrolnych. Pozwoli to skrócić czas kontroli oraz zmniejszyć liczbę dokumentów i zakres korespondencji oraz zminimalizować papierowy obieg dokumentacji. System TOPSOR pozwoli na zelektronizowanie czynności związanych z segregacją medyczną i jednocześnie spowoduje skrócenie pobytu w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR. Rozwiązanie techniczne systemu pozwoli na zarządzanie trybami obsługi osób oczekujących w SOR oraz przypisanie ich do odpowiedniej kategorii według stopnia pilności udzielenia świadczeń medycznych. Dotyczy to również osób przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego. Wykorzystanie funkcjonalności TOPSOR umożliwi bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Takie rozwiązanie skutkuje zwiększeniem komfortu osób oczekujących na udzielenie pomocy. Wprowadzone rozwiązanie przyczyni się również do zmniejszenia pracy administracyjnej pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych przez m.in. zmniejszenie liczby dokumentów, a także przełoży się na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiana nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Sprawniejsza i skuteczniejsza kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyczyni się do bardziej efektywnego wydatkowania środków publicznych, a w konsekwencji poprawy dostępności do świadczeń oraz poprawy ich jakości.

Zakłada się poprawę dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przez umożliwienie realizacji tych świadczeń przez część szpitali ogólnopolskich.

Ujednolicenie zasad prowadzenia segregacji medycznej zwiększy bezpieczeństwo pacjentów i poprawi komfort pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wejście w życie przepisów umożliwi podjęcie przez Fundusz niezwłocznych prac w zakresie:

- 1) dostosowania struktury organizacyjnej Funduszu do nowych regulacji w zakresie prowadzenia kontroli;
- 2) przeszerogowanie (wynagrodzenia, pracodawca) osób obecnie zatrudnionych w komórkach kontroli Funduszu;
- 3) weryfikację obecnych i przygotowanie nowych procedur kontrolnych oraz wzorców kontroli (dokumenty);
- 4) przygotowanie i wdrożenie programów szkolenia i certyfikacji kadry kontrolerskiej;
- 5) dostosowanie systemów teleinformatycznych Funduszu do elektronizacji procesu kontroli.

Zakłada się, że zakończenie realizacji ww. zadań zakończy się w okresie 12 miesięcy od wejścia w życie nowych regulacji.

Zaproponowano przyspieszenie wejścia w życie regulacji dotyczącej stosowania TOPSOR przez największe szpitale. Spowoduje to szybsze rozwiązanie problemu zbyt długiego czasu oczekiwania na przyjęcie przez lekarza właśnie w SOR tych szpitali, gdyż trafia do nich najwięcej pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest minister, publiczna uczelnia medyczna, publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub samorząd województwa, to najczęściej duże, wieloprofilowe podmioty lecznicze. SOR znajdujące się w tych szpitalach obsługują największą liczbę pacjentów ciągu doby. Rocznie pacjentami SOR staje się prawie 6 mln osób. Średnio w ciągu doby w jednym SOR są zaopatrywane 72 osoby. SOR działające w największych szpitalach przyjmują w granicach 100–150 osób na dobę. Właśnie w tych oddziałach zachodzi najpilniejsza potrzeba uporządkowania procesu rejestracji i segregacji medycznej pacjentów.

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

Ewaluacja efektów będzie prowadzona sukcesywnie (corocznie) w oparciu o następujące mierniki: liczba kontroli w danym roku w przeliczeniu na 1 etat kontrolerski (docelowy poziom 10 kontroli na 1 etat kontrolerski powinien zostać osiągnięty w 4. roku od wprowadzenia zmiany), łączne skutki finansowe przeprowadzonych kontroli (monitorowane co kwartał).

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

Tabela 1. Kierunkowe parametry wyliczenia skutków wprowadzenia regulacji w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian

	lata										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
liczba realizowanych umów	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
planowana liczba kontroli	2049	2008	1967	1926	1885	1844	1844	1844	1844	1844	1844
planowana liczba przeprowadzonych czynności sprawdzających	721	1 427	1 966	2 838	3 655	3 696	3 696	3 696	3 696	3 696	3 696

planowana liczba zweryfikowanych umów	2 770	3 435	3 933	4 764	5 540	5 540	5 540	5 540	5 540	5 540	5 540	5 540
wzrost liczby umów poddanych weryfikacji (w stosunku do 2017 r.)	721	1 386	1 884	2 715	3 491	3 491	3 491	3 491	3 491	3 491	3 491	3 491

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
(UD444)

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) oraz z art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Celem opiniowania i konsultacji publicznych było zapewnienie zainteresowanym podmiotom i organizacjom, możliwości wyrażenia opinii na temat rozwiązań zawartych w projekcie ww. ustawy oraz możliwości zgłoszenia uwag i wniosków dotyczących tego projektu.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania podmiotom wskazanym w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

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

Poniżej zestawienie uwag przesłanych w ramach konsultacji publicznych i opiniowania do projektu ustawy (zachowano pisownię oryginalną):

L.p.	Przepis	Podmiot zgłaszający	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1.	Art. 61a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>1) art. 61a ust. 1 pkt 1 - dotychczas dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mogli prowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w zakresie organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności. Proponowana zmiana, poza tym że będzie to od teraz kompetencją Prezesa Funduszu, dodaje jeszcze do tego zakresu <u>prowadzenie kontroli jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej</u>. Zasadniczym pytaniem jest, w jaki merytoryczny sposób będzie prowadzona kontrola jakości przez Prezesa Funduszu, który jest jedynie dysponentem środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej? Kto fizycznie będzie prowadził kontrolę jakości świadczeń skoro osobą wskazaną w art. 61e ust. 1 i 2 (czyli co do zasady kontrolerem, poza ewentualnie powołanymi biegłymi), upoważnioną do prowadzenia kontroli, może być każdy pracownik Funduszu. W projektowanych zmianach brakuje regulacji dotyczącej wskazania, że kontroler musi być specjalistą w danej dziedzinie medycyny, która będzie podlegała kontroli Funduszu.</p> <p>Ponadto, w jaki sposób NFZ będzie prowadził kontrolę jakości? Czy będzie wzywał pacjentów, bądź ich wizytował celem oceny jakości wdrożonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego? Wybór ścieżki diagnostyczno-leczniczej należy przecież do lekarza, który postępuje zgodnie z aktualną i najlepszą swoją wiedzą, doświadczeniem i znajomością problemów pacjenta. Projektowane zmiany to kolejny cios w lekarzy, którzy już chyba nigdy nie będą mogli być pewni, że ich decyzje były właściwe, że kontroler ich nie zakwestionuje.</p> <p>2) art. 61a ust. 1 - usuwa się uprzednio wskazany enumeratywnie przepis, że kontrola dotyczy dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej. Tzn. że dokumentacja medyczna nie będzie już przedmiotem kontroli? Czy kontrola dokumentacji ma zdaniem projektodawcy mieścić się <u>w ramach kontroli realizacji innych obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę w związku z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej?</u> Przepis tego wprost nie rozstrzyga. Co gorsza, taki zapis (podkreślenie) sprowadza się do tego, że kontrolować można wszystko.</p> <p>3) art. 61a ust. 1 pkt 2 - projektodawca wskazuje, że kontrola będzie dotyczyła udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami - tzn. którymi? Katalog powinien zostać zawężony poprzez wymienienie w szczególności, których przepisów to dotyczy.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, jakość w obecnym stanie prawnym również jest kontrolowana, a z uwagi na zmieniające się otoczenie prawne nie ma możliwości wyczerpującego wymienienia obowiązujących przepisów.</p>
2.	Art. 61a ust.	Krajowa Rada	Jednym z takich przepisów, które wymagają w ocenie Krajowej Rady	Uwaga nieuwzględniona - z

	1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Fizjoterapeutów	Fizjoterapeutów doprecyzowania, jest art. 1 pkt 4 projektu w zakresie dodawanego art. 61a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym Prezes Funduszu będzie mógł prowadzić kontrolę udzielania świadczeń pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami. Tak określony przepis kompetencyjny utrudnia precyzyjne określenie zakresu zadań Prezesa Funduszu i może prowadzić do wkraczania w zakres leżący w kompetencji innych organów kontrolnych (np. GIS, GIF czy PiP). W ocenie KRF przepis należy doprecyzować i jednoznacznie wskazać, że kontrola dotyczy zgodności z przepisami prawa dotyczącymi udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.	uwagi na zmieniające się otoczenie prawne nie ma możliwości wyczerpującego wymienienia obowiązujących przepisów.
3.	Art. 61a ust. 1 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	<p>Zdaniem zgłaszającego niedopuszczalnym jest przyznanie Prezesowi Funduszu uprawnienia do prowadzenia kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych (art. 61a ust. 1 pkt 3 ustawy), a w szczególności niedopuszczalnym jest prowadzenie takiej kontroli przez osoby niebędące lekarzami (art. 61j ust. 2 w zw. z art. 61e ust. 1 i 2 ustawy)</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zgłaszający podnosi iż kwestia ordynowania leków stanowi wyłączne uprawnienie lekarza prowadzącego leczenie danego pacjenta. Jedynie lekarz prowadzący zna wszystkie okoliczności stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności jego stan kliniczny w momencie podejmowania decyzji o danej terapii. Niedopuszczalna jest jakakolwiek „urzędnicza” ingerencja w warstwę merytoryczną procesu leczenia. Należy mieć w tym zakresie w szczególności na względzie, iż zgodnie z analizowanym projektem ustawy kontrolerem może być osoba mająca wykształcenie medyczne lub wykonująca zawód medyczny. Z uwagi na szeroki zakres znaczeniowy pojęć „wykształcenia” i zawodu” medycznego może dochodzić w praktyce do sytuacji, gdy w toku kontroli osoba nie będąca lekarzem, a więc co do zasady nieuprawniona do ordynowania leków w procesie leczenia, będzie oceniać zasadność stosowania przeprowadzonej przez lekarza terapii.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usunięcie postanowień przewidujących uprawnienie do kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych (tj. pkt 3 ust. 1 art. 61a ustawy) 2. Dodanie przepisu przewidującego, iż w każdym zespole kontrolnym, co najmniej jeden kontroler musi być osobą posiadającą wykształcenie medyczne 	<p>Uwaga nieuwzględniona, gdyż kontrola zasadności wyboru leków jest już przedmiotem kontroli NFZ. W zakresie wykształcenia kontrolera uwaga uwzględniona.</p>

			odpowiadające zakresowi przeprowadzanej kontroli, w szczególności — w przypadku ewentualnej kontroli zasadności wyboru leków (...) — co najmniej jeden z kontrolerów posiada tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie.	
4.	Art. 61a ust. 1 pkt 3 oraz ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	negatywnie oceniono przewidzianą w projektowanych przepisach art. 61a ust. 1 pkt 3 oraz art. 61a ust. 2 pkt 1 możliwość prowadzenia kontroli w zakresie zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych. Wybór stosowanego w terapii leku należy do lekarza i powinien opierać się na aktualnej wiedzy medycznej nieskrępowanej możliwością oceny sposobu leczenia przez kontrolera	Uwaga nieuwzględniona , gdyż kontrola zasadności wyboru leków jest już przedmiotem kontroli NFZ.
5.	Art. 61b ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowa Rada Fizjoterapeutów	Druga wątpliwość dotyczy obowiązku współdziałania z Prezesem Funduszu, o którym mowa w dodawanym art. 61b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z projektowanym przepisem instytucje, w tym instytucje samorządowe, będą zobowiązane do przekazywania nieodpłatnie informacji oraz udzielania pomocy, przy wykonywaniu zadań kontrolnych. Należy jednak wskazać, że projektowane przepisy nie określają zasad realizacji tego obowiązku, w szczególności przesłanek i zakresu przekazywania danych. Projektowany przepis w żaden sposób nie wskazuje, że żądane dane muszą być uzasadnione oraz nie mogą wykraczać poza zakres przedmiotowy określony w programie lub tematyce kontroli. Obowiązek instytucji nie jest przy tym w żaden sposób ograniczony, nawet w przypadku żądania informacji złożonych, wymagających wykonania dodatkowej pracy. W przypadku żądania danych, w szczególności danych wrażliwych powinien istnieć obowiązek określenia zakresu żądania i wskazania niezbędności posiadania tych danych do celów prowadzonej kontroli. Po drugie, w uzasadnieniu nie wskazano, nawet w formie szacunku, kosztów jakie będą ponosić poszczególne instytucje w przypadku realizacji ww. obowiązku. Nie wyjaśniono również, jaka jest przyczyna wprowadzania tak szerokiego uprawnienia skoro faktycznie płatnik zobowiązany jest do prowadzenia kontroli w zakresie rzetelności i zgodności z prawem wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma natomiast uprawnień „policyjnych”.	Uwaga nieuwzględniona – Prezes Funduszu będzie żądał wyłącznie danych związanych z zadaniami wynikającymi z Działu IIIa. W pozostałym zakresie przepis został przeredagowany. Ponadto współdziałanie z Prezesem NFZ samorządów zawodów medycznych mieści się w głównym zadaniu samorządów jakim jest sprawowanie pieczy nad wykonywaniem danego zawodu.
6.	Art. 61b ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61b. Ust 3, pkt 1: "Przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszym dziale, Prezes Funduszu nie może żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są możliwe do ustalenia przez Fundusz na podstawie: 1) posiadanych przez Fundusz ewidencji, rejestrów lub innych danych".- zapis bardzo potrzebny, ale nieprecyzyjny, w	Uwaga uwzględniona częściowo

			<p>praktyce utrudniający kontrolę, szczególnie gdy wystąpienie pokontrolne miałyby być przekazywane w ostatnim dniu kontroli.</p> <p>Uzasadnienie Zapis bardzo potrzebny, ułatwienie dla kontrolowanego i kontrolujących pod warunkiem sprawnego uzyskania dokumentów z zasobów Funduszu. Jednakże Fundusz nie prowadzi ewidencji, ani rejestru np. komórek organizacyjnych świadczeniodawcy, sprzętu. "Innymi danymi" jest np. dokumentacja z innych przeprowadzonych kontroli. Jednakże jest to dokumentacja prowadzona w wersji papierowej. Sięganie do zasobów archiwalnych może wydłużać kontrolę. Poza tym kontrolowany nie wie jakimi "innymi danymi" dysponuje Fundusz.</p> <p>Proponowane rozwiązanie wykreślić słowa "innymi danymi"</p>	
7.	Art. 61b ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść uwagi Art. 1 ust. 4 (Art. 61b ust. 3) „Przy wykonywaniu zadań (...) Prezes Funduszu nie może żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego”.</p> <p>Uzasadnienie Notoryjność faktu nie wyłącza dowodu przeciwnego. Przepis tak skonstruowany narusza zasadę swobodnej oceny dowodów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić w ustawie, a ewentualną racjonalizację (jeżeli to miał na myśli legislator) uwzględnić w aktach wewnętrznych (Zarządzenia Prezesa ?)</p>	Uwaga nieuwzględniona – rozwiązanie wzorowane na KPA.
8.	Art. 61c ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	z treści projektowanego przepisu art. 61c wynika uprawnienie do żądania przez Prezesa NFZ wyników kontroli przeprowadzonych przez organy kontroli i inspekcji działające w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym przy czym z przepisu tego nie wynika, aby uprawnienie to dotyczyło świadczeniodawców, co do których prowadzona jest przez Prezesa NFZ kontrola. Przepis ten może zatem stanowić podstawę do gromadzenia informacji o świadczeniodawcach poza postępowaniem kontrolnym, bez ich wiedzy, bez konieczności wykazywania potrzeby uzyskania takich danych w związku z realizowanymi bądź planowanymi działaniami kontrolnymi.	Uwaga uwzględniona.
9.	Art. 61e ust. 2 ustawy zmienianej w	Związek Zawodowy Lekarzy	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61e. Ust 2: "2. Poszczególne czynności kontrolne mogą wykonywać inni pracownicy Funduszu</p>	Uwaga nieuwzględniona – wymóg egzaminu ma na celu zapewnienie profesjonalizacji

	art. 1 projektu ustawy	Ubezpieczenia Zdrowotnego	niebędący kontrolerami lub biegli, o których mowa w art. 61r." Uzasadnienie Takie osoby nie mają stosownych kwalifikacji - zdanego egzaminu. Kontrolowany może podważać ważność kontroli przeprowadzanej przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji. Proponowane rozwiązanie Zmienić treść art. 9 na następującą: "Pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia uprawnieni do wykonywania czynności kontrolnych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, stają się z mocy prawa kontrolerami w rozumieniu przepisów ustawy". Zmiana spowoduje, że i inni pracownicy Funduszu nie będą musieli zdawać egzaminu, nie będzie on wymagany dla aktualnie zatrudnionych pracowników.	kadry kontrolerskiej, a inni pracownicy Centrali Funduszu (art. 61e ust. 2), poza kontrolerami, będą mogli wykonywać czynności kontrolne w zakresie wskazanym w ustawie.
10.	Art. 61e ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	Treść uwagi Projekt reguluje treść upoważnienia do kontroli (nowoprojektowany art. 61e ust. 5). Przepis ten powinien odpowiadać modelowemu rozwiązaniu zawartemu w art. 49 ustawy – Prawo przedsiębiorców. W związku z powyższym niezbędne jest uzupełnienie projektowanego art. 61e ust. 5 pkt 8 poprzez dodanie obok podpisu osoby udzielającej upoważnienia także: imienia, nazwiska osoby udzielającej upoważnienia. W przypadku kontroli aptek w aktualnym stanie prawnym, upoważnienie zawiera także numer zezwolenia na prowadzenie apteki. Istotne byłoby utrzymanie tego elementu również w Projekcie.	Uwaga uwzględniona
11.	Art. 61e ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	art. 61e ust. 5 - proponujemy dodać punkt informujący o kwalifikacjach kontrolera w zakresie danej dziedziny medycyny, której kontrola dotyczy. Taka konieczność wynika z faktu, że podmiot kontrolowany musi posiadać wiedzę o przygotowaniu i doświadczeniu kontrolera do prowadzenia kontroli. Podmiot kontrolowany musi też wiedzieć, że odpowiedzi, których będzie udzielał w trakcie kontroli, będą przekazywane osobie, która posiada odpowiednią wiedzę i że będą one przez tą osobę zrozumiane, a są to często informacje wyrażone w „języku medycznym”, koniecznym w przypadku precyzyjnego określenia każdego z etapów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i zastosowanych procedur.	Uwaga częściowo uwzględniona przez zmianę art. 61j ust. 2 i 3. Zaproponowane zmiany zapewniają odpowiednie wykształcenie i doświadczenie osób przeprowadzających kontrolę. W art. 61 j ust. 2 wprowadzono wymóg iż badanie i ocena dokumentacji medycznej są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2, posiadającą wykształcenie medyczne lub wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

				<p>Natomiast ust. 3 określa iż badanie i ocena dokumentacji medycznej w zakresie zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2:</p> <p>1) posiadającą wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej lub</p> <p>2) wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odpowiadający zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej.</p>
12.	art. 61e ust. 5 pkt 6 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	art. 61e ust. 5 pkt 6 - skoro w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli wskazuje się przewidywany termin jej zakończenia to z przepisu tego wynika, że kontrola może zostać przedłużona. W takim przypadku, proponujemy aby projektodawca precyzyjnie określił na jakich zasadach lub z zastosowaniem jakich przepisów można ją przedłużyć.	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>W art. 61j ust. 10 wprowadzono przepis na podstawie którego Prezes Funduszu może, po zawiadomieniu podmiotu kontrolowanego, zarządzić:</p> <p>1) przerwę w kontroli;</p> <p>2) przedłużenie czasu trwania kontroli na czas niezbędny do przeprowadzenia czynności kontrolnych, określając termin tego przedłużenia;</p> <p>3) przerwanie kontroli z przyczyn niezależnych od kontrolera.</p>
13.	art. 61e ust. 5 pkt 6 ustawy zmienianej w art. 1 projektu	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	<p>Treść uwagi Art. 1 ust. 4 (Art. 61e ust. 5 pkt 6) „W upoważnieniu do (...) kontroli wskazuje się (...) wskazanie daty rozpoczęcia kontroli oraz przewidywanego terminu jej zakończenia”.</p> <p>Uzasadnienie Składnia: „wskazuje się” – „wskazanie daty rozpoczęcia” !</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, nie ma potrzeby wprowadzania daty ważności upoważnienia z uwagi na to, że podpisanie wystąpienia pokontrolnego musi nastąpić najpóźniej ostatniego dnia</p>

	ustawy	Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	<p>Czy przewidywany termin jej (kontroli) zakończenia to zakończenie czynności w podmiocie, czy wyczerpanie drogi odwoławczej (wystąpienie pokontrolne), czy uregulowanie skutku finansowego będącego wynikiem przeprowadzonego postępowania kontrolnego ?</p> <p>Nie są tożsame.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Zastąpić zwrot „wskazanie daty rozpoczęcia kontroli oraz przewidywanego terminu jej zakończenia” zwrotem „datę ważności upoważnienia”.</p>	przewidywanego terminu jej zakończenia.
14.	Art. 61g ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść uwagi Art. 1 ust. 4 (Art. 61g ust. 1) „Kontroler zawiadamia podmiot kontrolowany najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych”</p> <p>Uzasadnienie Wprowadzenie „7 dni” – usztywni przepis, a zatem ograniczy możliwości oceny stanu faktycznego, w zależności od indywidualnych sytuacji. W przypadku każdej kontroli np. doraźnej, w normalnym trybie trzeba będzie zawiadamiać podmiot z wyprzedzeniem 7- dniowym, co stwarza wysokie ryzyko nieskuteczności postępowania kontrolnego. Proponowane rozwiązanie „...najpóźniej w dniu rozpoczęcia czynności kontrolnych.”</p>	<p>Uwaga uwzględniona częściowo. Wprowadzono szereg wyjątków w których zawiadomienie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych zostało wyłączone: Zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli.</p> <p>1) obejmujących warunki realizacji świadczeń gwarantowanych wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d, art. 146 ust. 1 i 2 i art. 159 ust. 2,</p> <p>2) o których mowa w art. 61a ust. 1 pkt 3 i 4,</p> <p>3) o których mowa w art. 61a ust. 2 pkt 1 i 2,</p> <p>4) o których mowa w art. 61a ust. 2 pkt 3 w zakresie recept otaksowanych bez pośrednictwa systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,</p> <p>5) o których mowa w art. 61a ust. 3,</p> <p>6) których</p>

				uprawdopodobnione skutki finansowe wynoszą co najmniej dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia.
15.	Art. 61g ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Treść uwagi Niestety Projekt ustawy (zob. nowoprojektowany art. 61g ustawy o świadczeniach) nie przewiduje takiej regulacji, która pełni niezwykle ważną funkcję gwarancyjną.</p> <p>Uzasadnienie Aktualnie prawodawca reguluje elementy, które winno posiadać zawiadomienie (§ 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych). Zawiadomienie zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wskazanie podstawy prawnej do przeprowadzenia kontroli; 2) nazwę podmiotu kontrolowanego; 3) przedmiot i zakres kontroli oraz miejsce przeprowadzania kontroli wraz z terminem jej rozpoczęcia i zakończenia. <p>Podobny standard jest zawarty w modelowym rozwiązaniu z ustawy – Prawo przedsiębiorców (art. 48 ust. 3). Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie organu; 2) datę i miejsce wystawienia; 3) oznaczenie przedsiębiorcy; 4) wskazanie zakresu przedmiotowego kontroli; 5) imię, nazwisko oraz podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji. <p>Proponowane rozwiązanie Mając na uwadze ochronę praw podmiotu kontrolowanego postulujemy określenie obowiązkowych elementów zawiadomienia o kontroli, które pozwolą odpowiednio przygotować się aptece czy podmiotowi leczniczemu.</p>	Uwaga uwzględniona
16.	Art. 61g ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61g - "1. Kontroler zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych." -</p> <p>Uzasadnienie Zapis umożliwiający kontrolowanemu "przygotowanie się" do kontroli poprzez zmianę stanu faktycznego, który jest przedmiotem kontroli. Np. Wypożyczenie brakującego sprzętu, np. gdy kontrola wszczynana jest po skardze pacjenta, dokonywanie zmian w dokumentacji medycznej, itp. W takim przypadku kontrola nie ustali stanu faktycznego będącego przyczyną zlecenia kontroli. Ponadto, żeby</p>	Uwaga częściowo uwzględniona Wprowadzono szereg wyjątków w których zawiadomienie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych zostało wyłączone: Zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili rozpoczęcia

			<p>zawiadomić kontrolowanego o kontroli należy mieć wszelkie dokumenty i materiały do jej przeprowadzenia. Oczekiwanie 7 dni spowoduje wydłużenie całego procesu kontroli i nieracjonalne wykorzystanie czasu pracy kontrolerów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Utrzymać zapis o zawiadomieniu kontrolowanego najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli lub zmiana że zawiadamiany jest w przypadku kontroli planowych (ujętych w planie kontroli) najpóźniej w dniu poprzedzającym kontrolę lub w przypadku POZ - najpóźniej na 48 godzin przed planowanym rozpoczęciem kontrolą. Natomiast w przypadku kontroli doraźnych - najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli. W przypadku kontroli podmiotów jednoosobowych, np. indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie konieczne jest uzyskanie od kontrolowanego potwierdzenia, że w okresie kontroli będzie prowadził działalność, będzie dostępny do kontroli (zmiana godzin przyjmowania pacjentów, urlop, choroba). Obecnie w praktyce jest taki sposób postępowania i nie musi to być ujęte w ustawie.</p>	<p>kontroli.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obejmujących warunki realizacji świadczeń gwarantowanych wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d, art. 146 ust. 1 i 2 i art. 159 ust. 2, 2) o których mowa w art. 61a ust. 1 pkt 3 i 4, 3) o których mowa w art. 61a ust. 2 pkt 1 i 2, 4) o których mowa w art. 61a ust. 2 pkt 3 w zakresie recept otaksowanych bez pośrednictwa systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, 5) o których mowa w art. 61a ust. 3, 6) których uprawdopodobnione skutki finansowe wynoszą co najmniej dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia.
17.	Art. 61g ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Treść uwagi</p> <p>Z projektowego art. 61g ust. 1 wynika, że kontrolę można wszcząć po upływie 7 dni od zawiadomienia.</p> <p>Mając na uwadze specyfikę prowadzenia działalności gospodarczej w tym możliwość wystąpienia różnych sytuacji np. życiowych (jak związanych choćby z realizacją praw pracowniczych w postaci urlopu wypoczynkowego) przedsiębiorcy mogą mieć trudność z odpowiednim przygotowaniem się do kontroli. W konsekwencji proponujemy wydłużyć termin z 7 do 14 dni od zawiadomienia.</p> <p>Zasadnym jest także aby do ustawy wprowadzono regulację analogiczną do zawartej w art. 48 ust. 2 ustawy – Prawo przedsiębiorców, która wskazuje dozwolony czas na przeprowadzenia kontroli oraz obowiązek powtórnego zawiadomienia, jeżeli kontrola nie została wszczęta w terminie 30 dni.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, ponieważ regulacja jest częściowo zbieżna z prawem przedsiębiorców.</p>
18.	Art. 61g ust. 1 ustawy	Lewiatan	<p>Treść uwagi</p> <p>1.Art. 61g ust. 1 określający termin rozpoczęcia kontroli</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona, ponieważ regulacja jest</p>

	zmienianej w art. 1 projektu ustawy		<p>Uzasadnienie Mając na uwadze specyfikę prowadzenia działalności gospodarczej w tym możliwość wystąpienia różnych sytuacji np. życiowych (jak związanych choćby z realizacją praw pracowniczych w postaci urlopu wypoczynkowego) przedsiębiorcy mogą mieć trudność z odpowiednim przygotowaniem się do kontroli. W konsekwencji proponujemy wydłużyć termin z 7 do 14 dni od zawiadomienia.</p> <p>Proponowane rozwiązanie „Art. 61g. 1. Kontroler zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 14 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.”</p> <p>2. Brak regulacji wskazującej na elementy zawiadomienia</p> <p>Uzasadnienie Aktualnie prawodawca reguluje elementy, które winno posiadać zawiadomienie (§ 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych). Podobny standard jest zawarty w modelowym rozwiązaniu z ustawy - Prawo przedsiębiorców (art. 48 ust. 3).</p> <p>Proponowane rozwiązanie Określenie obowiązkowych elementów zawiadomienia o kontroli, szczególnie w kontekście wskazania zakresu przedmiotowego kontroli.</p> <p>Uzasadnienie- brak uwagi Wprowadzenie regulacji analogicznej do zawartej w art. 48 ust. 2 ustawy - Prawo przedsiębiorców, która wskazuje dozwolony czas na przeprowadzenia kontroli oraz obowiązek powtórnego zawiadomienia, jeżeli kontrola nie została wszczęta w terminie 30 dni.</p>	częściowo zbieżna z prawem przedsiębiorców.
19.	Art. 61h ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	<p>Niedopuszczalne jest „zastępcze” — w razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej - przedstawienie dokumentów, o których mowa w art. 61h ust. 1 ustawy, osobom wymienionym w art. 61h ust. 2 ustawy.</p> <p>Uzasadnienie Należy mieć na względzie, iż przedstawienie dokumentów, o których mowa w art. 61h ust. 1, stanowi czynność wstępną, poprzedzającą rozpoczęcie kontroli. Funkcją tego przepisu jest zapewnienie przejrzystości i jawności procesu kontroli poprzez niezwłoczne poinformowanie osób działających w imieniu podmiotu kontrolowanego o przystąpieniu do czynności kontrolnych. Ma to na celu zachowanie prawa podmiotu kontrolowanego do aktywnego uczestnictwa w kontroli („prawa do obrony”). Gwarancji tych nie spełniałoby „zastępcze” wylegitymowanie się: pracownikowi podmiotu kontrolowanego, który może być</p>	Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest zbieżne z prawem przedsiębiorców; przyjęcie rozwiązania proponowanego przez Związek skutkowałoby faktyczną niemożnością przeprowadzenia kontroli w wielu przypadkach.

			<p>uznany za osobę, o której mowa w art. 97 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. — Kodeks cywilny, albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym. Wskazać w pierwszej kolejności należy, iż niezasadnym jest posługiwanie się w postępowaniu kontrolnym instytucjami prawa cywilnego. Definicja „osoby czynnej w lokalu” jest bowiem zbyt szeroka. Przy jej użyciu wylegitymowanie się mogłoby nastąpić np. w stosunku do pracowników administracyjnych, którzy nie pełnią jednak w podmiocie funkcji kierowniczych (np. rejestratorzy medyczni).</p> <p>Jednocześnie osoby te mogą nie posiadać wiedzy o zasadach tegoż postępowania. W konsekwencji w praktyce może to spowodować naruszenie prawa do uczestnictwa w czynnościach kontrolnych. Tym bardziej w przypadku przywołania świadka będącego funkcjonariuszem publicznym, który przecież nie musi być w ogóle związany z kontrolowanym podmiotem.</p> <p>W sytuacji takiej podmiot może w ogóle nie mieć wiedzy o prowadzeniu w stosunku do niego postępowania (zwłaszcza w sytuacjach prowadzenia kontroli — jak przewiduje projekt — poza godzinami pracy, w dniach wolnych i w porze nocnej).</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Wyłączenie możliwości „zastępczego” - w razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej — przedstawienia dokumentów, o których mowa art. 61h ust. 1 ustawy, osobom wymienionym w art. 61h ust. 2 ustawy, ewentualnie zobowiązanie osób kontrolujących dokonujących wylegitymowania się w tym trybie do podjęcia wszelkich potrzebnych w tym zakresie działań w celu powiadomienia kierownika podmiotu kontrolowanego albo osoby upoważnionej przez kierownika tego podmiotu o rozpoczęciu kontroli oraz zobowiązanie osób przeprowadzających kontrolę do ponownego przedstawienia dokumentów, o których mowa w art. 61h ust. 1 ustawy, kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej.</p>	
20.	Art. 61h ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi</p> <p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61h, ust. 1: "Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, rozpoczynając kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne, udostępnia upoważnienie do przeprowadzenia kontroli (...)</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Kontroler nie może udostępniać wskazanych dokumentów, np. w celu wykonania kserokopii lub analizy treści. Dokumenty stanowią własność Funduszu, dotyczą kontroli, wchodzi w skład akt kontroli i nie powinny być narażone na utratę i powielanie. Poza tym zawierają dane kontrolerów, a legitymacja może zawierać wizerunek kontrolera.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p>	Uwaga uwzględniona

			zastąpić słowo: "udostępnia", słowem "okazuje".	
21.	Art. 61h ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61h ust. 1) „Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, rozpoczynając kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne, udostępnia upoważnienie”.</p> <p>Uzasadnienie Dokumenty kontrolne takie jakim jest upoważnienie do kontroli, czy dokumenty potwierdzające tożsamość, zgodnie z obowiązującym prawem <u>nie mogą być udostępniane.</u></p> <p>Proponowane rozwiązanie Zwrot „udostępnia” zastąpić zwrotem „okazuje” (konsekwencja z następującym ust. 2, w którym posłużono się zwrotem „okazuje” jeżeli ust. 2 zostanie zachowany)</p>	Uwaga uwzględniona
22.	Art. 61h ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>1.Art. 1 ust. 4 (Art. 61h ust. 2) „W razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego (...) dokumenty o których mowa (...) okazuje pracownikowi podmiotu kontrolowanego (...) zwanemu dalej „pracownikiem czynnym” albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym”.</p> <p>Uzasadnienie Okazywanie upoważnienia do kontroli przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym nie znajduje prawnego uzasadnienia, w postępowaniu kontrolnym, jak również ze względu na specyfikę wykonywanych zadań w zakładzie opieki zdrowotnej/ praktyce lekarskiej/ aptece. Proponowane rozwiązanie Skreślić zwrot „albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym”</p> <p>2.Treść uwagi Dz.U. z 2018 r. poz. 1025, 1104 i 1629)</p> <p>Uzasadnienie dla przejrzystości stosowanych danych promulgacyjnych</p> <p>Proponowane rozwiązanie (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1025 ze zm.)</p>	Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest zbieżne z prawem przedsiębiorców; przyjęcie rozwiązania proponowanego przez Związek skutkowałoby faktyczną niemożnością przeprowadzenia kontroli w wielu przypadkach.
23.	Art. 61h ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	Z treści projektowanego przepisu art. 61h ust. 2 należy wykreślić wyrazy: „albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym.”. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej kontrola nie powinna odbywać się pod nieobecność kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby go reprezentującej.	Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest zbieżne z prawem przedsiębiorców; przyjęcie rozwiązania proponowanego

	ustawy			przez Prezydium skutkowałoby faktyczną niemożnością przeprowadzenia kontroli w wielu przypadkach.
24.	Art. 61h ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi wnosimy uwagę do zapisu Art.61h. 2 W razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej , dokumenty o których mowa w ust 1, kontroler lub osoba, o której mowa w art..61 e ust. 2 okazuje pracownikowi podmiotu kontrolowanego, który może być uznany za osobę , o której mowa w art 97 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny, zwanemu dalej "pracownik czynny albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym</p> <p>Uzasadnienie Przypadkowa osoba nie powinna mieć dostępu do dokumentów związanych z postępowaniem kontrolnym zwłaszcza w świetle przepisów RODO.</p> <p>Proponowane rozwiązanie wszelkie dokumenty związane z postępowaniem kontrolnym nawet upoważnienia kontrolerów powinny być okazane tylko kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest zbieżne z prawem przedsiębiorców; przyjęcie rozwiązania proponowanego przez Unię skutkowałoby faktyczną niemożnością przeprowadzenia kontroli w wielu przypadkach.</p>
25.	Art. 61i ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Treść uwagi Miejsce przeprowadzania kontroli Aktualnie kontrola NFZ apteki może zostać przeprowadzona w aptece lub w siedzibie Funduszu (art. 47 ust. 5 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych). Projekt ustawy znacznie rozszerza katalog tych miejsc. Jest to nieuzasadnione odnośnie aptek. Szczególnie nie wiadomo co w przypadku aptek miałyby oznaczać „miejsce prowadzenia działalności przez podwykonawcę”. Wobec powyższego opowiadamy się za doprecyzowaniem, które z miejsc określonych w art. 61i ust. 1 odnoszą się bezpośrednio do kontroli aptek (rekomendowane byłoby pozostawienie obecnego katalogu miejsc).</p>	<p>Uwaga uwzględniona, w zakresie dotyczącym zagadnień związanych z podwykonawcami.</p>
26.	Art. 61i ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność”</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61i ust. 3) „Kontrolę (...) można przeprowadzać również w siedzibie Funduszu lub oddziałów (...) Przepisu art. 61h ust.1 nie stosuje się”. Uzasadnienie Jeżeli kontrola rozpoczyna się w siedzibie (z różnych przyczyn), to zgodnie z m. in. zasadą podmiotowości i prawdy obiektywnej przepisy art.. 61h ust 1 stosuje się. Proponowane rozwiązanie Skreślić zwrot „Przepisu art. 61h ust.1 nie stosuje się”.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowana regulacja ma na celu usprawnienie procesu kontroli i odciążenie podmiotów kontrolowanych przez umożliwienie przeprowadzenia kontroli w jednostkach organizacyjnych Funduszu, zamiast np. w siedzibie podmiotu kontrolowanego. Należy</p>

		przy Narodowym Funduszu Zdrowia		nadmienić, iż podmiot kontrolowany będzie w takim przypadku zawiadamiany o wszczęciu ww. kontroli.
27.	Art. 61i ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61i, ust. 3: "3. Kontrolę lub poszczególne jej czynności można przeprowadzać również w siedzibie Funduszu lub oddziałów wojewódzkich Funduszu. Przepisu art. 61h ust. 1 nie stosuje się."</p> <p>Uzasadnienie Jeżeli kontrola ma się zakończyć wystąpieniem pokontrolnym, a w szczególności mieć skutki finansowe dla kontrolowanego musi on być powiadomiony o kontroli. Kontrolowany musi mieć np. możliwość złożenia wyjaśnień.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Wprowadzić odpowiedni zapis</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowana regulacja ma na celu usprawnienie procesu kontroli i odciążenie podmiotów kontrolowanych przez umożliwienie przeprowadzenia kontroli w jednostkach organizacyjnych Funduszu, zamiast np. w siedzibie podmiotu kontrolowanego. Należy nadmienić, iż podmiot kontrolowany będzie w takim przypadku zawiadamiany o wszczęciu ww. kontroli, co wynika z innych przepisów projektowanej ustawy, które będą miały zastosowanie.</p>
28.	Art. 61i ust. 3 i ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	<p>Postanowienia przewidujące możliwość prowadzenia kontroli lub poszczególnych jej czynności w siedzibie Funduszu lub oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz dopuszczające możliwość prowadzenia kontroli poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w tym w dniach wolnych od pracy iw porze nocnej (art. 61i ust. 3 i 4 ustawy) pozostają w sprzeczności z prawem podmiotów kontrolowanych do czynnego uczestnictwa w kontroli.</p> <p>Uzasadnienie Podmiotowi kontrolowanemu przysługuje prawo do czynnego uczestnictwa w czynnościach kontrolnych. W szczególności podmioty te powinny mieć rzeczywistą możliwość składania bieżących wyjaśnień. W przypadku prowadzenia kontroli w siedzibie Funduszu lub jego oddziałów wojewódzkich, a w szczególności poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w tym w dniach wolnych od pracy iw porze nocnej wykonywanie powyższych uprawnień może być w praktyce niemożliwe. W poszczególnych przypadkach bowiem nie sposób będzie osobom kierującym podmiotami leczniczymi wyznaczyć personel do współpracy z kontrolerem np. poza godzinami pracy podmiotu, w dni wolne, a zwłaszcza w porze nocnej. W szczególności na przeszkodzie w tym zakresie stoją przepisy prawa pracy dotyczące wymiaru pracy (jednocześnie oddelegowane do tych czynności nie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowana regulacja ma na celu usprawnienie procesu kontroli i odciążenie podmiotów kontrolowanych przez umożliwienie przeprowadzenia kontroli w jednostkach organizacyjnych Funduszu, zamiast np. w siedzibie podmiotu kontrolowanego. Należy nadmienić, iż podmiot kontrolowany będzie w takim przypadku zawiadamiany o wszczęciu ww. kontroli i będą przysługiwały mu wszystkie uprawnienia wynikające z projektowanej ustawy. Dodatkowo zmniejszono liczbę przesłanek</p>

			<p>mogą być osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, gdyż mogłoby to naruszać procesy diagnostyczno-terapeutyczne). Powyższego nie zmienia okoliczność, iż kontrola poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w dniach wolnych od pracy i w porze nocnej odbywać się może tylko w wypadkach określonych w art. 61i ust. 4, albowiem wskazane tam przesłanki są szerokie i w zależności od interpretacji mogą usprawiedliwiać taki tryb przeprowadzenia kontroli w każdym stanie faktycznym (w szczególności przesłanka „przeciwdziałania naruszeniu praw pacjenta”).</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Wyłączenie możliwości przeprowadzenia kontroli lub poszczególnych jej czynności w siedzibie Funduszu lub oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w tym w dniach wolnych od pracy i w porze nocnej, ewentualnie ograniczenie wyżej wymienionych poprzez dodanie przepisu, iż kontrola w powyższych trybach może odbywać się wyłącznie za porozumieniem z podmiotem kontrolowanym lub za wcześniejszym uprzedzeniem, względnie usunięcie lub ograniczenie przesłanki „przeciwdziałania naruszeniu praw pacjenta”</p>	<p>umożliwiających przeprowadzenie kontroli w porze nocnej.</p>
29.	Art. 61i ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61i ust. 4 - zgodnie z tym przepisem, kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być prowadzone również poza godzinami pracy podmiotu kontrolowanego, w tym dniach wolnych od pracy i w porze nocnej, w przypadku, gdy np. przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia. Po pierwsze, projektodawca nie wskazał, gdzie taka kontrola miała być prowadzona. Jeśli w budynkach świadczeniodawcy, to będzie się to wiązało z dodatkowymi kosztami, które świadczeniodawca musiałby ponieść na zapewnienie ochrony i obsługi budynku, zarówno administracyjnej jak i organizacyjnej Po drugie, zgodnie z art. 61a ust. 1 i 2:</p> <p>Art. 61a. 1. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych; 4) przestrzegania zasad wystawiania recept; 5) realizacji innych niż określone w pkt 2-4 obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę w związku z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 	<p>Uwaga częściowo uwzględniona - zmniejszono liczbę przesłanek umożliwiających przeprowadzenie kontroli w porze nocnej. W pozostałym zakresie – czym innym są przesłanki przeprowadzenia kontroli wskazane w projektowanym przepisie, a czymś innym zakres kontroli wskazany w art. 61a – rozwiązania w niezbędnym zakresie wzorowano na prawie przedsiębiorców. Przykładowo można wskazać sytuację takiego ograniczenia dostępności do świadczeń przez świadczeniodawcę, którego konsekwencją może być bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia, a ograniczanie dostępności do świadczeń mieści się ewidentnie w zakresie kontroli prowadzonej przez NFZ.</p>

			<p>2. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa, podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie:</p> <p>1) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;</p> <p>2) przestrzegania zasad wystawiania lub realizacji recept.</p> <p>Wyżej wymieniony katalog nie zawiera upoważnienia do przeprowadzenia przez Prezesa NFZ kontroli związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, czy niezbędnych dla przeciwdziałania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia. Mowa o tym dopiero w art. 61u, który powinien zostać wskazany bezpośrednio po art. 61a, w celu zgromadzenia w jednym miejscu podstaw kontroli.</p>	
30.	Art. 61i ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	<p>Treść uwagi</p> <p>Uwaga 1. Obowiązek zapewnienia warunków do sprawnego przeprowadzenia kontroli spoczywa nie tylko na kierowniku jednostki kontrolowanej jako osobie odpowiedzialnej za całość jej funkcjonowania, lecz również na jednostce kontrolującej.</p> <p>Uwaga 2. Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik.</p> <p>Uwaga 3. Za pracę wykonywaną na rzecz pracodawcy (Szpitala) każdy pracownik otrzymuje wynagrodzenie.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>1. Jednostka kontrolująca powinna tak zorganizować swoją pracę, aby czynności kontrolne mogły być przeprowadzone jak najszybciej i w sposób jak najmniej uciążliwy dla jednostki kontrolowanej.</p> <p>2. Kierownik podmiotu leczniczego jest jednoosobowym organem kierującym i zarządzającym Szpitalem oraz reprezentującym Szpital. Kierownik podmiotu leczniczego jest przełożonym wszystkich pracowników i samodzielnie podejmuje decyzje dot. Szpitala oraz ponosi za nie odpowiedzialność.</p> <p>3. Z tytułu świadczenia pracy na rzecz pracodawcy (Szpitala) pracownikowi przysługuje m.in. wynagrodzenie za pracę wykonywaną w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w niedziele i święta oraz w dni wolne wynikające z zasady średnio pięciodniowego tygodnia pracy.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>1. Art. 61i ust. 3. Czynności kontrolne powinny być przeprowadzane w sposób sprawny i możliwie niezakłócający funkcjonowania jednostki kontrolowanej.</p> <p>2. art. 61i ust. 5. Prowadzenie czynności kontrolnych z udziałem pracowników</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowana regulacja ma na celu usprawnienie procesu kontroli i odciążenie podmiotów kontrolowanych przez umożliwienie przeprowadzenia kontroli w jednostkach organizacyjnych Funduszu, zamiast np. w siedzibie podmiotu kontrolowanego. Dodatkowo zmniejszono liczbę przesłanek umożliwiających przeprowadzenie kontroli w porze nocnej, do dwóch, które wzorowane są na prawie przedsiębiorców. Poza tymi przypadkami kontrola będzie prowadzona w godzinach pracy obowiązujących w miejscach, w których kontrola może być prowadzona lub w godzinach pracy określonych w umowie o udzielanie świadczeń.</p>

			<p>jednostki kontrolowanej w dniach wolnych od pracy lub poza godzinami pracy wymaga zgody kierownika jednostki kontrolowanej.</p> <p>3.art. 61i ust. 6. Jednostka kontrolowana ma prawo do uzyskania zwrotu kosztów wynagrodzenia dla pracowników jednostki kontrolowanej uczestniczących w postępowaniu kontrolnym prowadzonym w dniach wolnych od pracy i poza godzinami pracy.</p>	
31.	Art. 61j ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Zdaniem Federacji proponowane miejsce kontroli – siedziba podmiotu – powinna być zmieniona na miejsce udzielania świadczeń, szczególnie w przypadkach, kiedy te miejsca są różne. Efektem zaproponowanego w projekcie zapisu może być niezapowiedziana „kontrola” w nocy w dzień świąteczny w domu – siedzibie jednoosobowej działalności z możliwością dokonania oględzin (przeszukania?) obiektów (mieszkania), innych składników majątkowych (prywatnego samochodu?); wyposażenia mieszkania przedsiębiorcy (art. 61j)?</p> <p>Federacja, rozumiejąc konieczność kontroli sposobu realizacji zawartych przez NFZ umów, nie widzi powodu, aby te kontrole, szczególnie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, odbywały się na warunkach zaproponowanych w projekcie.</p> <p>Zdaniem Federacji zaproponowane zasady kontroli znacznie przekraczają kontrolę zawartych umów oraz wkraczają w materię, która powinna być niedostępna dla NFZ np. dokumenty podmiotu niezwiązane z realizacją umowy z NFZ (art. 61j1.2)).</p> <p>Zdaniem Federacji za niedopuszczalne należy uznać dopuszczenie innych osób – niż kontrolerzy - do kontroli podmiotu, bez określenia zasad na jakich mogą brać udział w tej kontroli (art. 69j1.5))</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano projektowane przepisy i przesłanki. Fundusz przeprowadza kontrole wyłącznie w zakresie dotyczącym środków publicznych, których jest płatnikiem.</p>
32.	Art. 61j ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Poważne wątpliwości budzi przewidziana w projektowanym przepisie art. 61j ust. 1 pkt 1 możliwość badania i oceny wszelkich dokumentów w tym finansowo-księgowych i osobowych oraz innych nośników informacji związanych z zakresem kontroli. Tak szeroko zakreślony katalog dokumentów, które mogą być żądane w toku kontroli daje pole do nadmiernych działań kontrolerów, zwłaszcza że odmowa udostępnienia dokumentacji jako niezwiązanej z zakresem kontroli może być uznana za utrudnianie lub udaremnianie kontroli.</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona; przedmiotem kontroli będą wyłącznie dokumenty związane z zakresem kontroli.</p>
33.	Art. 61j ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	<p>Treść uwagi</p> <p>Na podstawie powyższego przepisu można założyć sytuację, że kontrolujący leczenie szpitalne zażądają faktur dotyczących np. zakupu strzykawek, argumentując, że wykonywanie iniekcji jest immanentną cechą hospitalizacji. Weryfikacja takich dokumentów nic nie wniesie, a nawet wykracza poza wskazaną w Ustawie ocenę organizacji, sposobu i jakości udzielanych świadczeń.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Szpital Uniwersytecki w Krakowie nie kwestionuje prawa NFZ do kontroli dokumentów finansowo-księgowych, jednak należy ściśle dookreślić zakres do</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona; przedmiotem kontroli będą wyłącznie dokumenty związane z zakresem kontroli.</p>

			<p>jedynie dokumentów związanych z płatnością NFZ, tj. np.: leków w chemioterapii czy programach lekowych.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Proponowane brzmienie Art. 61j ust. 1 pkt 1) <i>1) badać i oceniać wszelkie dokumenty w tym finansowo-księgowe (związane wyłącznie z płatnością NFZ) i osobowe, oraz inne nośniki informacji związane z zakresem kontroli;</i></p>	
34.	Art. 61j ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61j ust. 1 pkt 1 - tzn. jakie wszelkie dokumenty finansowo-księgowe miałyby badać kontroler albo biegły? Określenie wszelkie jest zbyt szerokie i zbyt ogólne. Zawężenie ich do zakresu kontroli jest również zbyt ogólne. Z kontrolą można, co do zasady, połączyć całą działalność podmiotu leczniczego. Badanie takich dokumentów to za duże i zbyt daleko posunięte uprawnienia przyznane kontrolerom.</p>	<p>Uwaga uwzględniona; częściowo przedmiotem kontroli będą wyłącznie dokumenty związane z zakresem kontroli.</p>
35.	Art. 61j ust. 1 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	<p>Zgłaszający wskazuje, iż zbyt daleko idące jest upoważnienie osób dokonujących kontroli do „swobodnego poruszania się po terenie podmiotu kontrolowanego” (art. 61j ust. 3 ustawy), w szczególności bez wskazania żadnych ograniczeń tej swobody lub zasad korzystania z niej.</p> <p>Uzasadnienie „Tereniem podmiotu kontrolowanego” są także miejsca objęte ścisłym rygiem sanitarnym, w szczególności bloki operacyjne i oddziały intensywnej terapii. Podmioty lecznicze obowiązane są sprawować nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad tymi miejscami i osobami w nich przebywającymi. Jednocześnie podmioty lecznicze nie będą miały faktycznej możliwości sprawować takiego nadzoru nad osobami dokonującymi kontroli. W szczególności, osoby te nie będą miały wiedzy co do zasad i procedur higienicznych panujących w danej placówce, zasad poruszania się po w/w miejscach. Jednocześnie miejscowe zespoły ds. zakażeń nie będą miały wiedzy co do stanu zdrowia osób kontrolujących. Stwarza to zagrożenie zdrowia pacjentów, jak również naraża podmioty lecznicze na ponoszenie odpowiedzialności z tego tytułu.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Ograniczenie swobody poruszania się po terenie podmiotu kontrolowanego osób kontrolujących poprzez wyłączenie z tego zakresu obszarów podmiotów leczniczych objętych reżimem sanitarnym lub ustalenie zasad korzystania z tej swobody lub wskazanie, iż poruszanie się w tych obszarach odbywa się w porozumieniu z kierownictwem podmiotu leczniczego.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p>
36.	Art. 61j ust. 2 ustawy	Prezydium Naczelnej Rady	<p>Przewidziane w projektowanym przepisie art. 61j ust. 2 uprawnienie do badania i oceny dokumentacji medycznej powinno być zastrzeżone jedynie dla osób</p>	<p>Uwaga uwzględniona częściowo</p>

	zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Lekarskiej	posiadających dyplom lekarza lub lekarza dentysty	
37.	Art. 61j ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	8) art. 61j ust. 2 - z tego przepisu wynika, że dokumentacja medyczna będzie jednak podlegała badaniu i ocenie. Zgodnie z brzmieniem tego artykułu, badanie dokumentacji medycznej będzie przeprowadzane przez osoby posiadające wykształcenie medyczne lub wykonujące zawód medyczny, tj. osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Zmianę w zakresie kwalifikacji osób przeprowadzających kontrolę dokumentacji medycznej należy ocenić pozytywnie, o ile kontrolujący będą kontrolować tylko te dziedziny medycyny, w których posiadają te kwalifikacje i doświadczenie - co niestety jednoznacznie nie wynika z treści projektowanego artykułu. Dotychczas, zdecydowana większość kontroli prowadzonych przez NFZ była prowadzona przez osoby nie mające odpowiednich kwalifikacji w kontrolowanej dziedzinie. Lekarz ortopeda kontrolował np. chirurgię klatki piersiowej.	Uwaga uwzględniona częściowo
38.	Art. 61j ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Treść uwagi Wg zapisu osoba kontrolująca będzie mogła w każdym momencie, nawet w chwili udzielania świadczenia pacjentowi wejść np. do sali chorych bądź na blok operacyjny w trakcie wykonywania zabiegu. Nasze doświadczenie w SU wskazuje, że kontrolerzy często nadużywają możliwości swobodnego dostępu do np. sal chorych, bez zachowania podstawowych zasad bezpieczeństwa pacjenta, ale również empatii i dobrego wychowania. Ostatnim znanym przypadkiem jest sytuacja, gdy kontroler chcąc zweryfikować numer seryjny pompy infuzyjnej, bez pytania (pacjenta, rodziny, personelu medycznego), wszedł do sali z umierającym pacjentem, przy którym czuwała rodzina (ignorując ją) i odczytywał numery z uruchomionego urządzenia, dawkującego lek pacjentowi. Należy zaznaczyć, że rodzina i pacjent byli zszokowani i dezorientowani, nie wiedzieli, co wokół nich się dzieje w tak ciężkich chwilach, gdy umiera najbliższa osoba. Podobna sytuacja miała miejsce w trakcie porodu na sali porodowej. Szpital Uniwersytecki w Krakowie nie kwestionuje prawa kontrolujących do swobodnego poruszania się po podmiocie kontrolowanym, jednak mając na uwadze brak znajomości zasad bezpieczeństwa pacjenta, często niestety również brak taktu, empatii w stosunku do rodziny i pacjenta przepis wymaga ujęcia szerszego kontekstu. Uzasadnienie	Uwaga uwzględniona częściowo Art. 61j ust.4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.

			<p>W przypadku wszystkich pomieszczeń podmiotu, w których nie przebywają pacjenci użyte sformułowanie „swobodnego poruszania się” jest zrozumiałe i do zaakceptowania.</p> <p>Ustawodawca musi jednak mieć na uwadze, że w pomieszczeniach gdzie udzielane są świadczenia, przebywają pacjenci, ich rodziny, ów „swobodny dostęp” musi być w jakiś sposób dookreślony – „nieograniczenie” może powodować zagrożenie epidemiologiczne lub naruszenie intymności pacjenta i jego rodziny.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Proponowane brzmienie Art. 61j ust. 3: <i>3. Kontroler oraz osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, z zastrzeżeniem ust. 1), 2), 3).</i> <i>ust 1) w przypadku chęci wejścia do pomieszczeń w których obowiązuje ścisły reżim sanitarny – dostęp jest możliwy po uzgodnieniu z kierownikiem i ścisłym zastosowaniu się do wymogów obowiązujących w danym pomieszczeniu</i> <i>ust. 2) w przypadku chęci wejścia do pomieszczeń, gdzie udzielane są świadczenia – dostęp jest możliwy po uzgodnieniu z kierownikiem</i> <i>ust 3) w przypadku chęci wejścia do pomieszczeń, w których przebywają pacjenci – każdorazowe wejście jest możliwe po uzgodnieniu i za zgodą z kierownika</i></p>	
39.	Art. 61j ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Wątpliwości budzi przewidziane w projektowanym przepisie art. 61j ust. 3 uprawnienie kontrolera do swobodnego poruszania się po terenie podmiotu kontrolowanego. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej możliwość realizacji czynności kontrolnych nie może oznaczać pełnej swobody poruszania się bez względu na wyznaczone strefy zamknięte lub ograniczonego dostępu z uwagi na życie i zdrowie pacjentów.</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona Art. 61j ust.4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.</p>
40.	Art. 61j ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61j ust. 3 - projektodawca wskazuje, że kontroler jest upoważniony do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego. Czy to znaczy, że może wchodzić i „zaglądać” gdzie chce, kiedy chce i jak chce? Projektodawca nie może użyć takiego sformułowania, jak swobodne poruszanie się. Bezspornie, należy doprecyzować co projektodawca ma na myśli w tym zakresie, pozostawiając albo katalog zamknięty dla czynności, do których upoważniony jest kontroler, albo w ogóle usunąć cały niedopracowany ustęp. Czy może celem projektodawcy jest nadanie kontrolerom uprawnień</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona Art. 61j ust.4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób zapewniający</p>

			równoznacznych organom ścigania?	poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.
41.	Art. 61j ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi wnosimy uwagę do zapisu Art.61j. 3. Kontroler oraz osoba , o której mowa w art.61e ust. 2 jest upowazniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego</p> <p>Uzasadnienie Ponieważ kontroler nie zna specyfiki pracy, każdego zakładu leczniczego oraz organizacji obsługi pacjentów jak również ze względu na komfort psychiczny pacjentów osoba kontrolująca nie powinna mieć uprawnień do poruszania się swobodnego na terenie podmiotu kontrolowanego. Ponadto kontroler nie może w trakcie kontroli naruszać obowiązujących u kontrolowanego warunków i zasad higieniczno-sanitarnych.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Kontroler oraz osoba , o której mowa w art.61e ust. 2 jest upowazniona do poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego tylko w obecności Kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona Art. 61j ust.4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.</p>
42.	Art. 61j ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61j, ust. 4: "4. Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi oraz osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności niezwłoczne przedstawianie do kontroli żądanych dokumentów i innych nośników informacji, terminowe udzielanie wyjaśnień, udostępnianie urządzeń technicznych, a w miarę możliwości oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem."</p> <p>Uzasadnienie Zapis co do "udostępniania urządzeń technicznych" budzi wątpliwości, gdyż kontroler nie może rozporządzać przedmiotami nie będącymi własnością Funduszu, np. kserokopiarką, aparatem fotograficznym czy nawet korzystać z telefonu bez zgody kontrolowanego. W takich przypadkach mogą pojawić się problemy z użyciem sprzętu, zapłata za użytkowanie itp. Jeżeli kontrolowany nie ma np. urządzenia odwzorowującego lub nie musi go udostępnić, takie urządzenie powinno być na wyposażeniu</p> <p>Proponowane rozwiązanie wykreślić słowa: "udostępnianie urządzeń technicznych".</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona Udostępnienie niezbędnych urządzeń technicznych jest konieczne do sprawnego przeprowadzenia kontroli.</p>
43.	Art. 61j ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1	Zespół Pracodawców Business Centre Club	art. 61j ust. 4 - jeśli chodzi o niezwłoczność przedstawienia do kontroli żądanych dokumentów i innych nośników informacji oraz terminowe udzielanie wyjaśnień, udostępnianie urządzeń technicznych, a w miarę możliwości oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem, które ma zapewnić kontrolerowi	Uwaga nieuwzględniona , w żadnych przepisach dotyczących kontroli przez organy administracji publicznej nie ma pobierania tego

	projekt ustawy		<p>kierownik podmiotu kontrolowanego, to oczywistym jest, że zawsze podmiot przedstawia żądane informacje niezwłocznie, jednak projektodawca musi pamiętać że ich żądanie, a następnie przygotowanie i przekazanie kontrolerom nie może wpływać na organizację udzielania świadczeń i ograniczać dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. W podmiocie leczniczym udziela się świadczeń zdrowotnych, które służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych skomplikowanych i specjalistycznych procedur wynikających z procesu leczenia, do którego wchodzi całość i ciągłość świadczeń od profilaktyki po rehabilitację. Pracownicy podmiotu kontrolowanego na co dzień wykonują powierzoną im pracę i nie mogą być nagle od niej oderwani (z reguły jest to praca wymagająca i stresująca, czasochłonna i terminowa) żeby przedłożyć już natychmiast kontrolerowi dokumenty, wyjaśnienia itp. W codziennej praktyce można się spotkać z sytuacjami, że kontrolerzy nie rozumieją takich sytuacji i zakładają określony termin na przygotowanie dokumentów, który jeśli się przedłuży z przyczyn niezależnych od kontrolowanego (np. zbyt duży nakład pracy), jest interpretowany przez kontrolerów jako celowe utrudnianie kontroli. Dlatego w niniejszym ustępie, BCC proponuje dodać zapis, że „(..) w szczególności niezwłocznie, z uwzględnieniem nakładów pracy podmiotu kontrolowanego, przedstawienie do kontroli żądanych dokumentów (...).</p> <p>Jednocześnie, chcąc usprawnić i przyspieszyć proces przekazywania dokumentów w celu szybszej i sprawniejszej kontroli, projektodawca powinien rozważyć przekazanie dodatkowych środków finansowych z NFZ dla wyznaczonych pracowników podmiotu kontrolowanego w czasie kontroli, na zapłatę za ich pracę w godzinach nadliczbowych. Z uwagi na rolę jaką pełnią podmioty lecznicze, bieżące funkcjonowanie firmy i prowadzenie działalności nie może być zaburzane podczas kontroli NFZ. W świetle tego oraz w związku z koniecznością udostępnienia kontrolerom urządzeń technicznych podczas kontroli, należy dodać zapis o odpłatności.</p> <p>W związku z powyższym, proponujemy nowe, następujące brzmienie: „Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi oraz osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności niezwłocznie, <u>z uwzględnieniem nakładów pracy podmiotu kontrolowanego,</u> przedstawienie do kontroli żądanych dokumentów i innych nośników informacji, terminowe udzielanie wyjaśnień <u>oraz</u> udostępnianie urządzeń technicznych, a w miarę możliwości oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem - za które podmiot kontrolowany pobiera opłatę.</p>	<p>rodzaju opłat. Niezwłoczne udostępnienie dokumentów lub urządzeń jest konieczne do sprawnego przeprowadzenia kontroli. Ponadto, dokumentacja medyczna jest już obecnie udostępniana Funduszowi nieodpłatnie w ramach prowadzonej kontroli na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i innych dokumentów</p>
44.	Art. 61j ust. 5 ustawy zmienianej w	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	Negatywnie oceniono przewidziany w projektowanym przepisie art. 61j ust. 5 obowiązek wykonywania przez podmiot kontrolowany, na żądanie kontrolera, nieodpłatnych zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub	Uwaga nieuwzględniona, w żadnych przepisach dotyczących kontroli przez organy administracji

	art. 1 projektu ustawy		elektronicznych baz danych. Przepis ten umożliwi przerwienie przez kontrolera na podmiot kontrolowany wykonywania czynności kontrolnych.	publicznej nie ma pobierania tego rodzaju opłat. Niezwłoczne udostępnienie dokumentów lub urządzeń jest konieczne do sprawnego przeprowadzenia kontroli. Ponadto, dokumentacja medyczna jest już obecnie udostępniana Funduszowi nieodpłatnie w ramach prowadzonej kontroli na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i innych dokumentów.
45.	Art. 61j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61j, ust. 5: "Kontroler oraz osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzać, a w razie potrzeby może zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia w terminie wyznaczonym przez kontrolera, niezbędnych dla kontroli odwzorowań cyfrowych (skanów) lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych." - kontrolowany może nie posiadać takich urządzeń (często nie posiada nawet kserokopiarki) dlatego urządzenia te powinny być na wyposażeniu kontrolera.</p> <p>Uzasadnienie Kontrolowany może nie mieć takich urządzeń. Zapis przyczyni się jednak do rzetelnego dokumentowania kontroli (dokumentowanie stanu faktycznego na podstawie zebranych dowodów kontroli), a akta kontroli będą mniej obszerne (docelowo obniżenie kosztów kontroli)</p> <p>Proponowane rozwiązanie Wyposażenie kontrolerów w odpowiednie urządzenia. Jednakże w tym przypadku należy liczyć się z wydłużeniem czasu kontroli (obecnie zwykle kontrolowany sam sporządza kserokopie).</p>	Uwaga uwzględniona przez zmiany OSR
46.	Art. 61j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	<p>Uwaga 1: W naszej opinii, na podstawie własnych doświadczeń w SU, ilości kontrolowanej dokumentacji oraz zakresu obecnie trwającej kontroli, w której weryfikowanych jest około kilkanaście tysięcy różnej dokumentacji, brak ograniczeń w tym zakresie prowadzi do nadużycia prawa do kontroli, nękania świadczeniodawcy oraz wymiernego obciążenia związanego z obsługą kontroli. Nie można wykluczyć sytuacji, że kontrolerzy mogą zażądać nieodpłatnego dostarczenia w wyznaczonym</p>	Uwaga uwzględniona przez zmiany OSR

			<p>terminie cyfrowego odwzorowania (skanów) ww. dokumentacji wraz z potwierdzeniem zgodności.</p> <p>W tym przypadku wskazanie „nieodpłatnie” jest wyłącznie iluzoryczne, gdyż skany będą wykonywać zatrudnione w szpitalu osoby, które w tym czasie nie będą wykonywać innych (własnych) obowiązków. Zatem w związku z koniecznością zabezpieczenia bieżących zadań, wykonanie dodatkowej pracy związanej z żądaniem NFZ będzie wymagało pracy w godzinach nadliczbowych – co dla Szpitala będzie stanowiło niemały, dodatkowy, koszt.</p> <p>Należy jednocześnie zwrócić uwagę na pozostawienie kontrolerowi swobody wyznaczenia terminu – im krótszy wskaże termin, tym większa liczba osób będzie musiała wykonywać pracę w godzinach nadliczbowych – i tym większe będą koszty dla Szpitala.</p> <p>Uwaga 2 do pkt. 7 OCENA SKUTKÓW REGULACJI</p> <p>W przypadku nieuwzględnienia ww. propozycji, w związku z przerzuceniem części kosztów na podmioty kontrolowane, należy w pkt. 7 Ocena skutków regulacji (Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe) ująć ww. wskazane koszty osobowe podmiotów kontrolowanych związane z wykonaniem skanów w rubryce „w ujęciu pieniężnym”</p>	
47.	Art. 61j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61j ust. 5 - w przypadku wykonania czynności dla kontrolera, o których mowa w niniejszym ustępie, np. wykonania skanów lub sporządzenia wyciągów z dokumentów, podmiot kontrolowany powinien pobierać od NFZ opłatę. Niezrozumiałym jest, dlaczego zadłużone i tak podmioty, których zobowiązania ciągle rosną, mają za darmo sporządzać „kopie-skany” dokumentów dla NFZ? Zazwyczaj, w zależności oczywiście od przedmiotu i zakresu kontroli, jest to ilość od kilkudziesięciu do nawet kilku tysięcy stron. Materiały i urządzenia biurowe się zużywają i są coraz bardziej wyeksploatowane. Stale rośnie cena energii elektrycznej i wszelkich dóbr, w tym materiałów eksploatacyjnych do tych urządzeń. Przy takich ilościach dokumentów, jakie są przetwarzane przez kontrolerów podczas kontroli, są to już bardzo znaczące kwoty. Dodatkowo, dochodzą czynności wymagające zaangażowania pracownika podmiotu i oddelegowania go tylko do tych czynności. Nie ma tym samym podstaw do odstępowania od pobierania w tym przypadku opłaty od NFZ.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Oczywistym jest, że takie postępowanie ma mieć za zadanie usprawnienie kontroli w zakresie m.in. weryfikacji wszelkiej dokumentacji bez potrzeby fizycznej obecności w jednostce kontrolowanej i w kwestionowanych przypadkach konieczności samodzielnego dokumentowania przez kontrolujących (kserokopie, zdjęcia). Przyjmujemy ze zrozumieniem chęć usprawnienia postępowań kontrolnych</p>	Uwaga uwzględniona przez zmiany OSR

			<p>prowadzonych przez NFZ, jednak nie można zgodzić się z obciążeniem finansowym związanym z przygotowaniem np. skanów – bez równoczesnego wskazania źródeł finansowania tych kosztów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Proponowane brzmienie Art. 61j ust. 5: <i>5. Kontroler oraz osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzać, a w razie potrzeby może zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego odpłatnego sporządzenia w terminie wyznaczonym przez kontrolera, ale realnym, niezbędnych dla kontroli odwzorowań cyfrowych (skanów) lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych.</i> <i>5a) Oplata za sporządzenie odwzorowania cyfrowego (skanu) wynosi XX zł za 1 stronę</i></p>	
48.	Art. 61j ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61j ust. 5) „Kontroler oraz osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzać, a w razie potrzeby może zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia w terminie wyznaczonym przez kontrolera, niezbędnych dla kontroli odwzorowań cyfrowych (skanów) lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych”.</p> <p>Uzasadnienie Za dużo treści powoduje więcej wątpliwości interpretacyjnych i brak przejrzystości. W kontrolerskich przepisach zazwyczaj określa się uprawnienia, jak np. Uprawnienia kontrolera; Kontroler w trakcie przeprowadzania kontroli ma prawo do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) swobodnego wstępu i poruszania się po terenie jednostki kontrolowanej bez obowiązku uzyskiwania przepustki; 2) wglądu do dokumentów dotyczących działalności jednostki kontrolowanej, pobierania za pokwitowaniem oraz zabezpieczania dokumentów związanych z zakresem kontroli, z zachowaniem przepisów o tajemnicy prawnie chronionej; 3) sporządzania, a w razie potrzeby żądania sporządzenia niezbędnych do kontroli kopii, odpisów lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień lub obliczeń; 4) przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji celu kontroli; 5) żądania złożenia ustnych lub pisemnych wyjaśnień w sprawach dotyczących zakresu kontroli; 6) swobodnego stosowania środków dowodowych przewidzianych w ustawie. <p>Kwestia odpłatności (bądź nie) nie powinna być podnoszona.</p> <p>Proponowane rozwiązanie „Kontroler oraz osoba o której mowa w art. 61e ust. 2 ma prawo do sporządzania, a</p>	<p>Uwaga uwzględniona przez zmiany OSR</p>

			w razie potrzeby żądania sporządzenia niezbędnych do kontroli odwzorowań cyfrowych, kopii, odpisów lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień lub obliczeń”.	
49.	Art. 61k ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61k, ust. 1: "Kontroler ustala stan faktyczny na podstawie dowodów zebranych w toku wykonywania czynności, o których mowa w niniejszym dziale." - Dowód kontroli stanowi potwierdzenie stanu faktycznego, a nie jest przedmiotem badania. Nie wszystkie badane dokumenty powinny stanowić dowody kontroli.</p> <p>Uzasadnienie Dowodami kontroli powinny być te dokumenty, które potwierdzają nieprawidłowości. Dowodowanie wszystkich czynności, także tych, których wynikiem jest stwierdzenie działania kontrolowanego zgodnie z umową i przepisami prawa powoduje konieczność dowodowania całej badanej dokumentacji, często tysiące stron dokumentacji medycznej i znacznie wydłuży kontrolę. Zebranie dowodów kontroli potwierdzających nieprawidłowości jest konieczne ze względu na udowodnienie nieprawidłowego działania kontrolowanego. Zbieranie dowodów kontroli potwierdzających prawidłowe działanie kontrolowanego nie ma praktycznego znaczenia, gdyż kontrolowany na pewno zgodzi się ze stwierdzeniem, że prawidłowo realizuje umowę i działa zgodnie z prawem. Dowody potrzebne są także w przypadku zawiadamiania organów ścigania i postępowania przed sądami. Kontroler ustala stan faktyczny na podstawie dokumentów otrzymanych od kontrolowanego, oświadczeń, wyjaśnień kontrolowanego itp., a dokumentuje go dowodami zebranymi w toku kontroli, włączając je do akt kontroli.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Zmienić zapis na "W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, Kontroler zabezpiecza dowody potwierdzające te nieprawidłowości i włącza je do akt kontroli."</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – ustalenie stanu faktycznego może zostać poczynione wyłącznie na podstawie dowodów, które bezwzględnie powinny zostać odzwierciedlone w aktach kontroli.</p>
50.	Art. 61l ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61l ust. 2 należy dodać zapis, że kierownik podmiotu lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do swobodnego i niezwłocznego wglądu do akt kontroli i sporządzania z nich odpisów, na każdym etapie kontroli, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej. Skoro NFZ ma otrzymywać wszystko niezwłocznie i ma mieć swobodny dostęp, to podmiot kontrolowany musi również mieć taką możliwość. Akta kontroli są podstawą wystąpienia pokontrolnego, więc na każdym etapie podmiot kontrolowany musi mieć do nich dostęp.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – podmiot kontrolowany na podstawie projektowanego zapisu będzie miał szeroki dostęp do akt kontroli, na każdym etapie jej trwania – przepis nie zawęży granic w tym zakresie. Uprawnienie to, którego nie przewiduje obecny stan prawny, nie może utrudniać postępowania dowodowego i uniemożliwiać osiągnięcie celów kontroli. Ponadto Fundusz na podstawie</p>

				projektowanego przepisu może zapewnić kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej dostęp do wglądu do akt kontroli, w swoim systemie teleinformatycznym.
51.	Art. 61m oraz 61o ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61m, ust. 6: "W razie niemożliwości lub odmowy podpisania protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej należy uczynić o tym wzmiankę, podając przyczyny braku podpisu." oraz Art. 61o, ust. 3: "(...) informację dotyczącą tej okoliczności, opisuje podane przez osobę składającą wyjaśnienia przyczyny odmowy albo niemożności podpisania oraz podpisuje protokół." Uzasadnienie Zapis nieprecyzyjny Proponowane rozwiązanie zastąpić słowa "W razie niemożliwości" słowami: "W razie braku możliwości" oraz "niemożności" słowami "braku możliwości".	Uwaga nieuwzględniona , projektowany zapis jest w pełni precyzyjny i zrozumiały.
52.	Art. 61m oraz 61o ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	Treść uwagi Wzajemna relacja przepisów dot. protokołu Związek pragnie wskazać na niezbyt jasną wzajemną relację przepisów art. 61m oraz 61o. Jak rozumiemy art. 61m jest lex generalis w stosunku do wszystkich protokołów opracowywanych w ramach kontroli z rozdziału IIIa (art. 61o, art. 61p, art. 61q). W konsekwencji nieuzasadnione wydaje się wprowadzenie do art. 61o ust. 2 i 3. Kwestie tam uregulowane (tj. zakres podmiotowy osób podpisujących protokół oraz sytuacja odmowy lub braku możliwości podpisania protokołu) są już de facto zaadresowane w art. 61m ust. 3 i 6. W konsekwencji zasadne wydaje się niepowtarzanie takiej regulacji. Ponadto powstaje pytanie czy w przypadku określonym w art. 61o osobie udzielającej wyjaśnień przysługuje prawo do sprostowania zawarte w ust. 4 art. 61m? Prosimy o rozwiązanie tej kwestii legislacyjnej w sposób, który nie pozostawi wątpliwości dotyczących możliwości realizacji uprawnień z art. 61m ust. 4 we wszystkich przypadkach spisywania protokołu (art. 61o, art. 61p oraz art. 61q).	Uwaga nieuwzględniona , gdyż przepisy z art. 61m odnoszą się do wszystkich przepisów dotyczących czynności dowodowych, do których projekt przewiduje sporządzenie protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej.
53.	Art. 61n ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	Negatywnie należy ocenić przewidziany w projektowanym przepisie art. 61n ust. 1 pkt 2 obowiązek przygotowania oddzielnego, zamykanego pomieszczenia na potrzeby przechowywania dokumentacji zabezpieczonej w toku kontroli.	Uwaga nieuwzględniona – również obecny stan prawny przewiduje taką możliwość.

	ustawy			
54.	Art. 61n ust. 1 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	<p>Uwaga 1: W przypadku „zabrania” poza teren dokumentacji medycznej – w Szpitalu musi pozostać kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem. Szpital nie może pozostać bez możliwości natychmiastowego wglądu do wcześniejszej dokumentacji pacjenta trafiającego po raz kolejny (np. w stanie nagłym).</p> <p>Uwaga 2 do pkt. 7 OCENA SKUTKÓW REGULACJI W przypadku nieuwzględnienia Propozycji II, w związku z przerzuceniem części kosztów na podmioty kontrolowane, należy w pkt. 7 Ocena skutków regulacji (Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe – trzeci załącznik)) ująć ww. wskazane koszty osobowe, papieru, sprzętu podmiotów kontrolowanych związane z wykonaniem kserokopii w rubryce „w ujęciu pieniężnym”.</p> <p>Uzasadnienie Ustawodawca nie wskazuje, kto będzie obciążony kosztami wykonania kserokopii (praca ludzka, papier, sprzęt). Jak wskazano w uwagach do art. 61j. ust. 5. nie można wykluczyć, że kontrola będzie chciała „zabrać” całość kilkunastu tysięcy sztuk różnej dokumentacji.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Proponowane brzmienie Art. 61n ust. 1 pkt 3) Proponujemy dodanie zdania do pkt. 3): Propozycja I (w przypadku, gdy NFZ sam wykona kserokopię) <i>Jednocześnie kontroler pozostawia w podmiocie kontrolowanym kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem zabranej dokumentacji medycznej wraz z oświadczeniem o kompletności pozostawionej kserokopii</i> Propozycja II (w przypadku, gdy świadczeniodawca wykona kserokopię) <i>Fundusz zobowiązany jest pokryć koszty wykonania pozostawionej w podmiocie kontrolowanym kserokopii dokumentacji medycznej w wysokości XXXX zł za 1 str.</i></p>	Uwaga uwzględniona przez zmiany OSR
55.	Art. 61p ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi wnosimy uwagę do zapisu Art. 61p.1. Każdy może złożyć kontrolerowi lub osobie o której mowa w art.. 61e ust. 2, oświadczenie w tym ustne, dotyczące przedmiotu kontroli.</p> <p>Uzasadnienie Zgodnie z zapisami w poprzedzających artykułach mowa jest tylko o kierowniku podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej i tylko te osoby powinny składać oświadczenia ustne lub pisemne związane z przeprowadzaną kontrolą. Przypadkowe inne oświadczenia składane przez osoby nieupoważnione</p>	Uwaga nieuwzględniona – omawiana instytucja jest znana w innych przepisach dotyczących kontroli.

			<p>wprowadzą chaos w czynnościach kontrolnych, które powinny stanowić całościowe i kompleksowe postępowanie. Osoby nieupowaznione nie uczestniczące od początku postępowania kontrolnego mogą składać jedynie wrywkowe informacje nie oddające stanu całościowego sytuacji.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Tylko Kierownik podmiotu kontrolowanego lub osoba przez niego upowazniona ma prawo do składania kontrolerowi oświadczeń, w tym ustnego, dotyczącego przedmiotu kontroli</p>	
56.	Art. 61q ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61q ust. 2 - projektodawca zakłada, że w razie nieobecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego kontrolerzy NFZ mają upoważnienie do przeprowadzenia oględzin w obecności pracownika czynnego, a jeśli go nie będzie to przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym. Przepis ten pokazuje brak zrozumienia dla działalności podmiotów i ich nierówne, bardzo podrzędne traktowanie w stosunku do NFZ. Czy projektodawca nie przewidział takiej możliwości, wynikającej z podstawowych zasad dobrej współpracy, że kontroler i kierownik podmiotu kontrolowanego mogą po prostu wspólnie ustalić termin oględzin? Zapis powinien zostać skonstruowany właśnie w ten sposób:</p> <p>„Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego, w terminie ustalonym przez strony z uwzględnieniem organizacji i czasu pracy kontrolowanej komórki organizacyjnej. Termin przeprowadzenia oględzin nie może być wyznaczony później niż 3 dni od dnia powzięcia przez kierownika podmiotu kontrolowanego informacji od kontrolera o zamiarze przeprowadzenia oględzin.” Taki zapis zdecydowanie usprawni przeprowadzenie kontroli i jednocześnie uwzględni specyfikę działalności podmiotów leczniczych, które nie mogą też ograniczać dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom, z uwagi na konieczność przeprowadzenia kontroli.</p>	Uwaga nieuwzględniona – przyjęcie propozycji spowoduje, iż nie będzie można ustalić stanu faktycznego, a tym samym osiągnąć celu kontroli.
57.	Art. 61q ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy</p>	<p>Art. 1 ust 4 (Art. 61q ust. 2)</p> <p>„Oględziny przeprowadza się (...) w obecności pracownika czynnego albo przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Okazywanie upoważnienia do kontroli przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym nie znajduje prawnego uzasadnienia, w postępowaniu kontrolnym, jak również ze względu na specyfikę wykonywanych zadań w zakładzie opieki zdrowotnej/ praktyce lekarskiej/ aptece.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Skreślić zwrot „albo przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym”.</p>	Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest zbieżne z prawem przedsiębiorców; przyjęcie rozwiązania proponowanego przez Związek skutkowałoby faktyczną niemożnością przeprowadzenia kontroli w wielu przypadkach.

		Narodowym Funduszu Zdrowia		
58.	Art. 61q ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust 4 (Art. 61q ust. 4) „Przebieg i wyniki oględzin, w przypadku ujawnienia w ich toku nieprawidłowości, utrwała się za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku. Nośnik, na którym został utrwalony obraz lub dźwięk, stanowi załącznik do protokołu, o którym mowa w ust. 3”.</p> <p>Uzasadnienie Fakt utrwalania przebiegu oględzin za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku nie powinien być obligatoryjny (może naruszać zasadę prawdy obiektywnej) i stosowany wyłącznie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Wskazany zapis powoduje, iż w przypadku np. braku określonego sprzętu medycznego w miejscu udzielania świadczeń kontroler zobligowany będzie do utrwalenia za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku tego faktu. Jest to technicznie niewykonalne, a zapis ustawowy daje kontrolowanemu możliwość prawną podważenia ustaleń kontroli.</p> <p>Proponowane rozwiązanie „Przebieg i wyniki oględzin mogą zostać utrwalone za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku. Nośnik danych, na którym został utrwalony obraz lub dźwięk, stanowi załącznik do protokołu, o którym mowa w ust. 3”.</p>	Uwaga uwzględniona
59.	Art. 61r ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61r, ust. 1: "Jeżeli w toku kontroli konieczne jest zbadanie określonych zagadnień wymagających wiedzy specjalistycznej, Prezes Funduszu powołuje biegłego." - wnioskować powinien kontroler, znaczne wydłużenie kontroli jeżeli Prezes Funduszu powołuje biegłego - rezygnacja z Protokołu kontroli pociąga za sobą niekorzystne skutki</p> <p>Uzasadnienie Biegłymi są zwykle konsultanci wojewódzcy lub krajowi. Przygotowanie wniosku do Prezesa (Prezes Funduszu nie ma wiedzy czy potrzebny jest biegły i jakie będzie jego zadanie - w jakiej sprawie ma wydać opinię.), przygotowanie pisma do konsultanta oraz czas potrzebny na wydanie opinii znacznie wydłużą kontrolę. Samo napisanie opinii może trwać kilka tygodni.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Konieczne doprecyzowanie zapisu - najlepiej w aktach wykonawczych - zarządzeniu Prezesa NFZ.</p>	Uwaga nieuwzględniona – zmiana projektowanego przepisu nie jest konieczna, gdyż oczywistym jest, że Prezes na podstawie swoich uprawnień będzie mógł doprecyzować szczegóły procedury kontrolnej w zarządzeniu.
60.	Art. 61r ust. 1 ustawy	Krajowy Sekretariat	<p>Art. 1 ust 4 (Art. 61r ust. 1) „Jeżeli w toku kontroli konieczne jest zbadanie określonych zagadnień</p>	Uwaga nieuwzględniona – zmiana projektowanego przepisu

	zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	wymagających wiedzy specjalistycznej, Prezes Funduszu powołuje biegłego”. Uzasadnienie Istotą niezależności kontrolera jest również ocena konieczności powołania biegłego (zasada bezstronności) Proponowane rozwiązanie „Jeżeli w toku kontroli konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznych badań lub zbadanie określonych zagadnień wymagających szczególnych umiejętności lub wiedzy specjalistycznej, Prezes Funduszu może, z urzędu lub na wniosek kontrolera, powołać biegłego”.	nie jest konieczna, gdyż Prezes na podstawie swoich uprawnień będzie mógł doprecyzować szczegóły procedury kontrolnej w zarządzeniu.
61.	Art. 61r ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Treść uwagi Uwaga 1. Wprowadzenie systemu mechanizmów zapewniających bezstronność dotyczy nie tylko kontrolerów lecz wszystkich osób prowadzących czynności kontrole w jednostce kontrolowanej. Uzasadnienie Projekt powinien również przewidywać zasady wyłączenia biegłego z kontroli: - z urzędu – jeżeli kontrola mogłaby dotyczyć praw lub obowiązków jego lub osoby mu bliskiej oraz gdy przedmiot kontroli stanowią zadania należące wcześniej do jego obowiązków jako pracownika, przez rok od zakończenia ich wykonywania; - na wniosek – jeżeli zaistnieją uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności. Ponadto przepisy projektowanej ustawy powinny również nałożyć obowiązek złożenia przez powołanego biegłego oświadczenia o braku lub istnieniu okoliczności mogących mieć wpływ na zachowanie przez niego obiektywizmu. Proponowane rozwiązanie art. 61r. ust. 5. Kierownik jednostki kontrolowanej może wystąpić za pośrednictwem kontrolera do dyrektora właściwej jednostki kontrolnej z wnioskiem o wyłączenie z postępowania kontrolnego powołanego biegłego z przyczyn określonych w art. 61f. ust. 1 i 2.	Uwaga nieuwzględniona – przepisy dotyczące wyłączenia biegłego uregulowano w art. 61f (obecnie w art. 61r ust. 10)
62.	Art. 61s ust. 1-3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa	Art. 1 ust 4 (Art. 61s ust. 1 - 3) „Ustalenia kontroli zamieszcza się w wystąpieniu pokontrolnym. Wystąpienie pokontrolne zawiera (...) zwięzły opis stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę jeżeli jest sformułowana (...) zalecenia pokontrolne dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości (...) sankcje, jeżeli są stosowane (...) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń (...)Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę”. Uzasadnienie	Uwaga nieuwzględniona – przepisy przewidują procedurę odwoławczą i kontrolę Prezesa NFZ nad wystąpieniem pokontrolnym, które podpisze kontroler. Od wystąpienia przysługiwać będą zastrzeżenia, które rozpatrywane będą przez

		<p>NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 61 s, w zakresie ust. 1 – 3 jest nadmiernie zwięzły, a brak precyzji, w tym przypadku zemści się okrutnie na sali sądowej.</p> <p>Ust. 3 (ostatnie zdanie w cytowanej treści) Jest niebezpieczny i mocno korupcyjogenny. Dający kontrolerowi niespotykane, w instytucji publicznej uprawnienia i, na marginesie należy zauważyć, możliwości (w tym możliwości przestępcze).</p> <p>Obok jest propozycja, z tym, że ten właśnie Artykuł legislator winien opracować ze szczególną starannością i rozważyć, czy przed wystąpieniem pokontrolnym nie wprowadzić projektu wystąpienia pokontrolnego (wtedy projekt podpisuje kontroler, następnie idą zastrzeżenia (uznane lub nie), następnie uwagi o wypełnieniu zaleceń, a następnie wystąpienie pokontrolne tym razem z podpisem Prezesa Funduszu).</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Np. Art. 61s.</p> <p>ust. 1 Ustalenia dokonane w trakcie kontroli oraz oceny opisuje się w projekcie wystąpienia pokontrolnego.</p> <p>ust.2 Projekt wystąpienia pokontrolnego zawiera w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nazwę i adres jednostki kontrolowanej; 2) imię, nazwisko i stanowisko służbowe kontrolera; 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych; 4) zakres kontroli; 5) ocenę skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta; 6) zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości. 7) zalecenia pokontrolne 8) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń <p>ust. 3</p> <p>Projekt wystąpienia pokontrolnego zostaje podpisany przez kontrolera (ale jeżeli legislator wprowadzi wystąpienie pokontrolne to ten dokument podpisuje Prezes Funduszu).</p>	<p>Prezesa. Ponadto przepisy przewidują szereg rozwiązań mających na celu wzmocnienie roli, kompetencji i niezależności kontrolera, którego status będzie zupełnie inny niż w obecnym stanie prawnym.</p>
63.	<p>Art. 61s ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy</p>	<p>Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej</p>	<p>Negatywnie oceniono przewidziane w projektowanym przepisie art. 61s ust. 1 odstępianie od konieczności sporządzania odrębnego dokumentu – protokołu kontroli – zawierającego ustalenia faktyczne, co do którego istnieje możliwość wniesienia zastrzeżeń. Rezygnacja ze sporządzania dokumentu zawierającego ustalenia faktyczne poczynione w toku kontroli z towarzyszącym temu dokumentowi prawem podmiotu kontrolowanego do zgłaszania zastrzeżeń do samych ustaleń kontroli, nie będzie służyła wyjaśnieniu ewentualnych nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli. Z doświadczenia podmiotów kontrolowanych wynika, że niejednokrotnie ustalenia faktyczne kontroli były modyfikowane na skutek</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – jednym z podstawowych powodów wprowadzenia projektowanych zmian jest usprawnienie i przyspieszenie procedury kontroli.</p>

			wniesionych zastrzeżeń. Szybkość postępowania kontrolnego nie powinna być wartością samą w sobie zwłaszcza, jeżeli może skutkować dokonaniem nieprawidłowych ustaleń faktycznych.	
64.	Art. 61s ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Struktura i treść wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Projektodawca w art. 61s ust. 2 określa elementy wystąpienia pokontrolnego. Mając na uwadze rezygnację z protokołu kontrolnego niezbędne jest, aby katalog elementów najważniejszego dokumentu kontroli był rozbudowany i wskazywał na wszelkie niezbędne elementy (brak jest choćby wskazania na spis załączników czy daty rozpoczęcia i zakończenia kontroli, z zaznaczeniem przerw w kontroli). Ponadto nawet sama treść poszczególnych elementów z art. 61s ust. 2 jest niewystarczająca. Dotyczy to szczególnie pkt. 1. Jest on niezwykle lapidarny i wskazuje jedynie, że wystąpienie pokontrolne zawiera: „zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę jeżeli jest sformułowana”.</p> <p>Jest to nieakceptowalne zważywszy na wagę jaką dla weryfikacji kontroli przez kontrolowanego (w tym dla złożenia zastrzeżeń) ma właśnie opis stanu faktycznego. Jest to tym bardziej istotne w kontekście wskazanej wyżej rezygnacji z protokołu kontroli.</p> <p>Związek postuluje o ukształtowanie art. 61s ust. 2 na zasadach i w zakresie analogicznym do obowiązującego aktualnie § 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.</p>	Uwaga uwzględniona przez wprowadzenie katalogu otwartego elementów wystąpienia pokontrolnego
65.	Art. 61s ust 2, ust 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi</p> <p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61s, ust. 2, 3: "1. Ustalenia kontroli zamieszcza się w wystąpieniu pokontrolnym.</p> <p>2. Wystąpienie pokontrolne zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę jeżeli jest sformułowana; 2) zalecenia pokontrolne dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości; 3) sankcje, jeżeli są stosowane; 4) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń. <p>3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W przypadku braku Protokołu kontroli zebrany materiał dowodowy musi być opracowywany w siedzibie Funduszu (Oddziału). Czas potrzebny na opracowanie zebranego materiału może wynosić kilka tygodni. Wystąpienie powinno być sformułowane przez kontrolera, akceptowane drogą służbową i podpisane przez zlecającego kontrolę, którym zgodnie z nowelizacją ma być Prezes Funduszu.</p>	Uwaga nieuwzględniona – przepisy przewidują procedurę odwoławczą i kontrolę Prezesa NFZ nad wystąpieniem pokontrolnym, które podpisze kontroler. Od wystąpienia przysługiwać będą zastrzeżenia, które rozpatrywane będą przez Prezesa. Ponadto przepisy przewidują szereg rozwiązań mających na celu wzmocnienie roli, kompetencji i niezależności kontrolera, którego status będzie zupełnie inny niż w obecnym stanie prawnym.

			<p>Kontroler nie może formułować zaleceń pokontrolnych oraz rozstrzygać, które faktycznie ustalone podczas kontroli, stanowią nieprawidłowość. Kontroler nie może formułować zaleceń dla strony umowy, którą podpisuje świadczeniodawca i Dyrektor Oddziału. Zalecenia powinny być podpisane co najmniej przez Dyrektora Oddziału, a jeżeli kontroler podlega bezpośrednio Prezesowi - Prezesa Funduszu. Kontroler nie może brać odpowiedzialności za podpisywanie zaleceń dla strony umowy. Kontroler odpowiada za ustalenie stanu faktycznego, jego ocenę (tutaj często potrzebna jest opinia prawna lub biegłego w danej dziedzinie medycyny), a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości powinien uzyskać potwierdzenie tego stanu poprzez zebranie dowodów kontroli, sformułować wnioski z kontroli pod postacią zaleceń pokontrolnych i przedstawić je zlecającemu kontrolę, który podejmuje dalsze decyzje. Podpisanie wystąpienia pokontrolnego przez kontrolera oznacza, że to on nakłada karę na kontrolowanego. Należy pamiętać, że kary są często nakładane w wysokości kilkuset tysięcy złotych, a nawet kilku milionów złotych i powinny być zarezerwowane wyłącznie dla zlecającego kontrolę - Prezesa Funduszu (obecnie wystąpienie pokontrolne podpisuje Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ). Decyzje dotyczące kar i zwrotu środków nie powinny zapadać na tak niskim szczeblu. Ponadto należy pamiętać, że kontrolerami są lekarze i kontrolują kolegów z własnego środowiska, często osoby im znane. Przeprowadzanie kontroli i ustalanie stanu faktycznego jest akceptowane przez kontrolerów lekarzy. W przypadku obarczenia ich obowiązkiem (i odpowiedzialnością) nakładania kar należy liczyć się z tym, że będzie odchodzić z pracy kadra medyczna, bo lekarze liczą się z tym, że mogą zmienić pracę i pracować czynnie w zawodzie u kontrolowanych świadczeniodawców.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Zmienić ust. 3 na : "Wystąpienie pokontrolne podpisuje Prezes Funduszu".</p>	
66.	Art. 61t ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Treść uwagi Odebranie szeregu uprawnień podmiotom kontrolowanym Projekt znacznie ogranicza prawa podmiotów kontrolowanych, w szczególności aptek. Wynika to m.in. z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • odebrania podmiotom kontrolowanym możliwości złożenia zastrzeżeń do protokołu (przewidzianych aktualnie w art. 64 ustawy o świadczeniach), • odebrania aptekom możliwości złożenia wniosków dowodowych w ramach zastrzeżeń do protokołu z kontroli (art. 47 ust. 14 ustawy o refundacji), • odebrania aptekom możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Prezesa Funduszu w przypadku nieuwzględnienia zażalenia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu (aktualnie art. 42 ust. 5- 	<p>Uwaga nieuwzględniona – jednym z podstawowych powodów wprowadzenia projektowanych zmian jest usprawnienie, uproszczenie i przyspieszenie procedury kontroli.</p>

			<p>7 ustawy o refundacji) oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> odebrania aptekom możliwości złożenia zażalenia od zaleceń pokontrolnych (art. 47 ust. 15-17 ustawy o refundacji). <p>Dodatkowo niekorzystne jest usunięcie instytucji zawartej aktualnie w art. 64 ust. 6b ustawy o świadczeniach. Jej istotą jest możliwość podjęcia dodatkowych czynności kontrolnych przez kontrolera po przedstawieniu zastrzeżeń przez kontrolowanego podmiotom kontrolowanym.</p> <p>Opowiadamy się za przywróceniem ww. uprawnień i rozwiązań. Istotą usprawnienia kontroli nie może być pozbawienie części praw umożliwiających jej bieżącą weryfikację oraz aktywne uczestnictwo.</p>	
67.	Art. 61t ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi Możliwy brak zachowania bezstronności przy jednoinstancyjnym trybie odwołania od wystąpienia pokontrolnego</p> <p>Uzasadnienie Prezes NFZ zatrudniać będzie kontrolerów, i do Prezesa NFZ składać się będzie zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego sporządzonego przez kontrolerów</p> <p>Proponowane rozwiązanie Kolejny tryb odwoławczy do Ministra Zdrowia</p>	Uwaga nieuwzględniona - jednym z podstawowych powodów wprowadzenia projektowanych zmian jest usprawnienie, uproszczenie i przyśpieszenie procedury kontroli. Ocena wyników kontroli podlega ocenie sądu powszechnego cywilnego, gdyż przedmiotem kontroli jest stosunek cywilnoprawny.
68.	Art. 61t ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Zdaniem Federacji praktycznie zostanie zlikwidowany tryb odwoławczy. Ograniczenie go jedynie do zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego to złamanie zasady dwuinstancyjności. Tym bardziej, że zastrzeżenia będzie oceniał podmiot, Prezes, który przeprowadził kontrole.</p>	Uwaga nieuwzględniona - jednym z podstawowych powodów wprowadzenia projektowanych zmian jest usprawnienie, uproszczenie i przyśpieszenie procedury kontroli. Ocena wyników kontroli podlega ocenie sądu powszechnego cywilnego, gdyż przedmiotem kontroli jest stosunek cywilnoprawny.
69.	Art. 61t ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>art. 61t ust. 1 - czas na zgłoszenie zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, które zgodnie z projektem będzie konsumowało też dotychczasowy protokół kontroli, powinien być wydłużony do co najmniej 21 dni.</p> <p>Termin 14 dni to zdecydowanie za krótki okres na zajęcie stanowiska, szczególnie że jak wskazano wyżej, wystąpienie pokontrolne ma zawierać całą informację o stanie faktycznym, która dotychczas była określana oddzielnie jako protokół kontroli. Kontrolowany powinien mieć co najmniej 21 dni na rzetelne uzasadnienie</p>	Uwaga nieuwzględniona – w obecnym stanie prawnym termin na złożenie zastrzeżeń do protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego wynosi po 7 dni.

			swojego stanowiska i odniesienie się do wszelkich ustaleń kontroli. Określenie tego czasu na 21 dni i tak znacząco przyspieszy cały proces kontroli, o czym mowa w uzasadnieniu projektu zmian w tym zakresie.	
70.	Art. 61t ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	<p>Treść uwagi Kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia do Prezesa Funduszu pisemnych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.</p> <p>Uzasadnienie Projekt powinien przewidywać możliwość przedłużenia przez podmiot uprawniony do kontroli terminu złożenia przez podmiot kontrolowany zastrzeżeń na dalszy czas oznaczony z uwagi na złożoność przedmiotu objętego kontrolą lub/i zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn.</p> <p>Proponowane rozwiązanie art. 61t. ust. 2 Na umotywowany wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, złożony przed upływem terminu na zgłoszenie zastrzeżeń, przy zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn, termin na zgłoszenie zastrzeżeń, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedłużony przez podmiot uprawniony do kontroli na dalszy czas oznaczony.</p>	Uwaga nieuwzględniona – w obecnym stanie prawnym NFZ nie ma takiego uprawnienia, a termin na złożenie zastrzeżeń do protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego wynosi po 7 dni.
71.	Art. 61t ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61t, ust. 2: "Prezes Funduszu może odmówić przyjęcia zastrzeżeń, jeżeli zostały one zgłoszone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o czym informuje zgłaszającego." - Prezes Funduszu nie może rozpatrywać takich zastrzeżeń. Takie prawo daje mu sformułowanie : "Prezes Funduszu może odmówić przyjęcia zastrzeżeń"</p> <p>Uzasadnienie Ażebym zastrzeżenia były złożone skutecznie muszą dotyczyć ustaleń zawartych w wystąpieniu - w praktyce stwierdzonych nieprawidłowości lub uchybień, oceny lub zaleceń, muszą być złożone przez osobę do tego uprawnioną, być złożone w terminie oraz powinny być umotywowane. Te cztery warunki są niezbędne do tego żeby rozpatrywać zastrzeżenia. Brak jednego z tych warunków powinien powodować że zastrzeżenia powinny być pozostawione bez rozpatrzenia (nie dotyczące wystąpienia, złożone po terminie lub przez osobę do tego nieuprawnioną, nieumotywowane). Odmówić przyjęcia ich nie można, ale powinny zostać włączone do akt kontroli. Obecnie zdarza się, że kontrolowany pisze pismo z formułą: "składam zastrzeżenia", ale faktycznie jest to prośba o rozpatrzenie dodatkowych, załączonych dokumentów, prośba o rozłożenie płatności (kary) na raty, itp. W takim przypadku takie pisma nie są traktowane jako zastrzeżenia (brak odniesienia się do stwierdzonych nieprawidłowości - opisu zastrzeżeń - przedmiotu i brak uzasadnienia zastrzeżeń). Ponadto zastrzeżenia są "składane" na piśmie, a</p>	Uwaga uwzględniona

			<p>nie "zgłaszane" - ustnie.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zapis: "Prezes Funduszu może odmówić przyjęcia zastrzeżeń, jeżeli zostały one zgłoszone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o czym informuje zgłaszającego.", Zastąpić zapisem: "3. "Prezes Funduszu odmawia rozpatrzenia zastrzeżeń, jeżeli zostały one złożone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o czym informuje składającego." oraz zapis w ust. 1: "1. Kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia do Prezesa Funduszu pisemnych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania." zapisem: "1. Kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia do Prezesa Funduszu pisemnych, umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania."</p>	
72.	Art. 61t ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust 4 (Art. 61t ust. 2)</p> <p>„Prezes Funduszu może odmówić przyjęcia zastrzeżeń, jeżeli zostały one zgłoszone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o czym informuje zgłaszającego”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zwrot „może odmówić” wprowadza uznaniowość i naraża Prezesa NFZ na ewentualne zarzuty dotyczące naruszenia zasady zaufania do instytucji publicznych, w tym nierównego traktowania podmiotów. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami prawa wniesienie zastrzeżeń przez osobę nieuprawnioną lub po terminie zawsze powoduje bezskuteczność tej czynności.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>„Prezes Funduszu odrzuca zastrzeżenia wniesione przez osobę nieuprawnioną lub wniesione po upływie terminu i zawiadamia o tym zgłaszającego zastrzeżenia, informując pisemnie o przyczynie”.</p>	Uwaga uwzględniona
73.	Art. 61u ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET	<p>Treść uwagi</p> <p>Prowadzenie kontroli bez zawiadomienia</p> <p>Nowoprojektowany art. 61u przewiduje uprawnienie Prezesa Funduszu do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • którym mowa w art. 61i ust. 4 pkt 1-4 oraz • podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku. <p>Obie przesłanki są niezwykle szerokie. Należy zaś przypomnieć, że kontrola doraźna ma wyjątkowy charakter i podstawa jej przeprowadzenia powinna być jednoznacznie określona w ustawie.</p>	<p>Uwaga uwzględniona częściowo. Obecnie art. 61v 1. Stanowi iż Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia w przypadku, gdy jest to:</p> <p>1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;</p>

			<p>Zaproponowane przesłanki (szczególnie mając na uwadze dotychczasowy brak analogicznego przepisu, a w konsekwencji także praktyki) mogą rodzić ryzyko swobodnej wykładni ze strony kontrolerów.</p> <p>Szczególnie niejasna i szeroka jest przesłana „podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku”. Przykładowo nie wiadomo czy chodzi tu o każde czy tylko o uzasadnione podejrzenie.</p> <p>W konsekwencji postulujemy wykreślenie lub doprecyzowanie przedmiotowych przesłanek.</p>	<p>2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub zabezpieczenia dowodów jego popełnienia;</p> <p>3) niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.</p>
74.	Art. 61u ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi</p> <p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61u, ust. 1 pkt 2 :”Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia w przypadku: 1) o którym mowa w art. 61i ust. 4 pkt 1-4; 2) podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku.”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W praktyce pkt ten oznacza wszystkie przyczyny wszczęcia kontroli (ew. za wyjątkiem kontroli sprawdzających lub rozpoznawczych).</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Uszczegółowić zapis.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Obecnie art. 61v</p>
75.	Art. 61u ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Lewiatan	<p>Art. 61u ust. 1 pkt 2 posługuje się nieostrym pojęciem „podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku”</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Za niezgodne z Konstytucją i ZTP należy uznać wprowadzenie nieprecyzyjnej przesłanki umożliwiającej prowadzenie kontroli bez uprzedniego powiadomienia Nie ma żadnych racjonalnych przesłanek uzasadniających nadawanie uprawnień policyjnych instytucji powołanej do prowadzenia odmiennej działalności. Natomiast wyczerpujący katalog takich „istotnych” przyczyn przeprowadzenia kontroli wynika już z pkt 1 dodawanego artykułu ustawy.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Usunięcie przesłanki pozostawiając przesłankę określoną w pkt 1 przepisu.</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Obecnie art. 61v</p>
76.	Art. 61u ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	<p>Wyjaśnienia wymaga również, co projektodawca rozumie pod pojęciem „podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku”, które stanowi samodzielną przesłankę do podjęcia kontroli bez konieczności uprzedniego zawiadomienia (dodawany art. 61u ust. 1 pkt 2). Jest to kolejne pojęcie nieostre, które może doprowadzić do sytuacji, że wszystkie kontrole będą prowadzone w tym trybie.</p> <p>Ujęcie tak nieprecyzyjnej przesłanki w żaden sposób nie wskazuje, z jakim</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p> <p>Obecnie art. 61v</p>

			<p>działaniem niezgodnym z prawem bądź podejrzeniem jego popełnienia ustawodawca wiąże uprawnienie Prezesa Funduszu do podjęcia kontroli bez zawiadomienia strony. Tym samym trudno jest określić, czy przedmiotowa przesłanka spełnia wymóg proporcjonalności. Niemożliwa jest również ocena, czy badana regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych celów oraz daje de facto organowi władzę do rzeczywistego określenia jej zakresu.</p> <p>Tym samym, w ocenie KRF, przesłanka ta nie może stanowić samodzielnej podstawy do wszczęcia kontroli i wymaga doprecyzowania.</p>	
77.	Art. 61u ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Przewidziana w projektowanym przepisie art. 61u ust. 1 pkt 2 przesłanka umożliwiająca przeprowadzenie kontroli bez uprzedniego zawiadomienia jest zbyt szeroka. Odstąpienie od uprzedniego zawiadamiania o kontroli powinno być możliwe jedynie w sytuacjach wyjątkowych. Tymczasem podejrzenie naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku dotyczyć może każdego postępowania kontrolnego realizowanego poza zaplanowanymi uprzednio kontrolami.</p>	<p>Uwaga uwzględniona Obecnie art. 61v</p>
78.	Art. 61u ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Projektowany przepis art. 61u ust. 2 powinien otrzymać brzmienie: „2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kontrolerzy przeprowadzają kontrolę na podstawie legitymacji służbowej i upoważnienia.”.</p> <p>Odstąpienie od konieczności wcześniejszego informowania o kontroli nie może oznaczać, że kontrola może być prowadzona bez jej zlecenia przez Prezesa NFZ. W ocenie Prezydium realizacja kontroli bez uprzedniego zawiadomienia powinna następować na podstawie przedkładanego kontrolowanemu upoważnienia i legitymacji służbowej.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – kontrola, o której mowa obecnie w art. 61v ust. 1 ma charakter wyjątkowy, nagły, w związku z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań, przez co jednoczesne okazanie upoważnienia i legitymacji służbowej, wydłużyłoby czas rozpoczęcia czynności kontrolnych. Upoważnienie i zawiadomienie ma być dostarczone w ciągu 3 dni zgodnie z projektowanym art. 61v ust. 2.</p>
79.	Art. 61v ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61v, ust. 3: "Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, sporządza się w formie dokumentu elektronicznego i są one podpisywane przez osobę, która je złożyła. Przepisy art. 61o stosuje się odpowiednio." Uzasadnienie W takim przypadku powinien być zastosowany podpis elektroniczny (kwalifikowany), Taki sposób podpisywania dokumentów nie jest rozpowszechniony u kontrolowanych. Proponowane rozwiązanie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona obecnie art. 61 w – przepis ma na celu przyczynienie się do upowszechnienia elektronicznego obiegu dokumentów pomiędzy kontrolującym a kontrolowanym.</p>

			Dopuszczyć wyjaśnienia w formie dokumentu papierowego.	
80.	Art. 61v ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61v, ust. 6 pkt 2: "2. przestała spełniać warunki określone w ust. 1 pkt 1-4; " - błąd pisarski, nieprawidłowe odwołanie Uzasadnienie ust. 1 nie ma punktów Proponowane rozwiązanie Zapis: "przestała spełniać warunki określone w ust. 1 pkt 1-4;", zastąpić zapisem: "przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1-4;".	Uwaga uwzględniona – uwaga dotyczy art. 61y w obecnym brzmieniu wcześniej odnosiła się do art. 61x.
81.	Art. 61w ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	Wątpliwości budzi przewidziana w projektowanym przepisie art. 61w możliwość zastosowania przez Fundusz sankcji poza postępowaniem kontrolnym. Przepis ten nie wskazuje w jaki sposób dochodzi do zastosowania sankcji w szczególności, w jaki sposób informowany o tym fakcie jest świadczeniodawca. Zastosowanie sankcji w sposób określonych w przywołanym przepisie nie może pozbawiać świadczeniodawcy możliwości zakwestionowania zarówno ustaleń stanowiących podstawę zastosowanej sankcji, jak również jej rodzaj lub wysokość.	Uwaga częściowo uwzględniona – przeredagowano przepis,- obecnie art. 61x zarówno w przypadku gdy sankcja ma charakter umowny jak i ustawowy, podmiot może skorzystać z drogi sądowej.
82.	Art. 61x ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Treść uwagi Proponuje się zmianę sposobu zatrudniania kontrolerów z powołania na stosunek oparty o umowę o pracę. Uzasadnienie Przyjęty w projekcie sposób nawiązywania stosunku pracy z kontrolerami oparty o powołanie wydaje się sugerować nadanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia charakteru urzędu, którym ten, zwłaszcza w obszarze realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, <i>de facto</i> nie pozostaje. Pozostałe zapisy projektu nie sugerują już „urzędowego” charakteru Funduszu. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się w obszarze stosunków cywilnoprawnych, nie administracyjnych. Charakter instytucji Funduszu, w którym dominuje jednak regulacja cywilnoprawna, przekonuje, że powołanie wydaje się nie być właściwą drogą nawiązywania stosunku pracy z kontrolerami. Proponowane rozwiązanie Zmiana w projektowanym art. 61x ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 4 i nadanie mu brzmienia: „4. Kontrolera zatrudnia Prezes Funduszu.”. Oddział Funduszu proponuje zatem zmianę w art. 1 projektu pkt 4 w części dotyczącej brzmienia projektowanego art. 61x ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nadanie przedmiotowemu ust. 4 w art. 61x brzmienia: „4. Kontrolera zatrudnia Prezes Funduszu.”.	Uwaga nieuwzględniona – koncepcja zakłada przekształcenie umowy o pracę w stosunek pracy na podstawie powołania, tak jak w ZUS, z zastrzeżeniem, że odwołanie będzie możliwe tylko w określonych przypadkach, co zabezpiecza interes kontrolera. (Obecnie art. 61y)
83.	Art. 61x	Zespół	art. 61x. ust. 3 - brak elementarnego przepisu dotyczącego kwalifikacji pracowników	Uwaga częściowo

	ust.3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Pracodawców Business Centre Club	Funduszu do przeprowadzania kontroli. Należy dodać zapis, że kontroler, który będzie oceniał postępowanie merytoryczne personelu medycznego oraz będzie badał dokumentację medyczną musi posiadać wykształcenie i specjalizację tożsame z kontrolowaną dziedziną medycyny. Lekarz chirurg nie może kontrolować zakresu interny czy torakochirurgii. Wydaje się to logiczne, a jednak projektodawca pominął taki zapis w warunkach jakie musi spełnić kandydat na kontrolera Funduszu. Kontroler powinien mieć specjalistyczną wiedzę w przedmiocie kontroli. Wiedzę nie tylko teoretyczną, ale przede wszystkim praktyczną, popartą doświadczeniem w wykonywaniu zawodu medycznego.	uwzględniona przez doprecyzowanie brzmienia art. 61j ust. 2 i 3.
84.	Art. 61x ust.3 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	Art. 1 ust. 4 (Art. 61x ust. 3 pkt 3) „Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który (...) nie był karany za przestępstwo popełnione z winy umyślnej”. Uzasadnienie Doprecyzowanie zapisów jest niezbędne w celu uniemożliwienia zatrudniania osób, które popełniły umyślnie przestępstwo skarbowe Proponowane rozwiązanie „Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który (...) nie był karany za przestępstwo, w tym przestępstwo skarbowe popełnione z winy umyślnej”	Uwaga uwzględniona Art. 61y ust. 3 pkt 3
85.	Art. 61x ust.3 pkt 6 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	Art. 1 ust. 4 (Art. 61x ust. 3 pkt 6) „Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który (...) złożył egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym przed komisją powołaną przez Prezesa Funduszu”. Uzasadnienie Czy Fundusz ma uprawnienia do przeprowadzania egzaminów tego rodzaju ? Jaką rangę ma taki egzamin, jest kwalifikacyjny, ale czy państwowy ? Co lub kto jest jednostką certyfikującą ? Brak przepisów przejściowych dla pracowników wydziałów kontroli, którzy od wielu lat są kontrolerami, a wg nowych przepisów nimi nie będą jeżeli po dwóch latach nie złożą egzaminu z wynikiem pozytywnym Proponowane rozwiązanie Pod głęboką rozważę legislatora	Uwaga nieuwzględniona – egzamin ma charakter wewnętrzny i ma na celu zapewnienie profesjonalnego korpusu kontrolerskiego. Obecnie art. 61y.
87.	Art. 61x ust.3 pkt 6	Krajowy Sekretariat	Art. 1 ust. 4 (Art. 61x ust. 3 pkt 6) „Kontrolerem może być pracownik (...) który (...) nie pełnił służby zawodowej ani	Uwaga nieuwzględniona – rozwiązanie wzorowane na

	ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (...) ani nie był ich współpracownikiem”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Uzależnienie możliwości zatrudnienia od faktu pracy w „dawnych organach bezpieczeństwa” spowoduje utratę części kadry medycznej, która w poprzednim systemie zatrudniona była nawet przejściowo w resortowych jednostkach ochrony zdrowia. Wystarczającym kryterium weryfikacyjnym jest złożenie oświadczenia lustracyjnego, które w przypadku wątpliwości, można zweryfikować zgodnie z obowiązującymi przepisami.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>„Złożył oświadczenie lustracyjne, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 2186, z późn zm”.</p>	ustawie o Krajowej Administracji Skarbowej. Uwaga dotyczy art. 61y ust. 3 pkt 6 po zmianach.
88.	Art. 61x ust.4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61x ust. 4)</p> <p>„(...) Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Brak rozwiązania legislacyjnego na okoliczność powołania lub odwołania kontrolera przez Prezesa Funduszu oraz brak uzasadnienia prawnego, dla którego kontroler miałby nawiązywać stosunek pracy, w NFZ na zasadzie powołania.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Kontrolera zatrudnia Prezes Funduszu</p>	Uwaga nieuwzględniona – koncepcja zakłada przekształcenie umowy o pracę w stosunek pracy na podstawie powołania, tak jak w ZUS, z zastrzeżeniem, że odwołanie będzie możliwe tylko w określonych przypadkach, co zabezpiecza interes kontrolera. Uwaga dotyczy art. 61y.
89.	Art. 61x ust.4 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>„Dział IIIA Kontrola”, Art. 61x, ust. 4: "4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu." - zapis jest nie do przyjęcia przez kontrolerów, w tym lekarzy. Stanowi ograniczenie praw, które obecnie posiadają kontrolerzy - umowa o pracę oraz przepis ust. 6 pkt 4 "naruszyła w stopniu ciężkim obowiązki pracownicze, w szczególności realizowała kontrole w sposób powtarzalny kwestionując wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru, pomijając naruszenia istotne".</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Ograniczenie praw pracowniczych poprzez zmianę formy stosunku pracy na niekorzystną dla pracownika osłabi kadry kontrolne. Cytowany przepis jak i</p>	Uwaga nieuwzględniona – koncepcja zakłada przekształcenie umowy o pracę w stosunek pracy na podstawie powołania, tak jak w ZUS, z zastrzeżeniem, że odwołanie będzie możliwe tylko w określonych przypadkach, co zabezpiecza interes kontrolera.

			<p>następne powodują, że kontrolerzy nie będą mieli poczucia stałości pracy. Jest to warunek konieczny biorąc pod uwagę charakter pracy. Stosunek pracy na podstawie powołania, dotyczy przede wszystkim osób na stanowiskach kierowniczych, dyrektorskich i jest z natury swojej najbardziej nietrwałą formą stosunku pracy. Prezes Funduszu, jako organ powołujący, może w każdej chwili, przez odwołanie ze stanowiska doprowadzić do rozwiązania stosunku pracy bez możliwości roszczenia o przywrócenie do pracy. Ze względu na charakter pracy, bezpośrednio związany z sankcjami dla kontrolowanych, pracodawca powinien chronić kontrolera, stwarzając mu warunki do rzetelnej i wydajnej pracy. Próba zmiany stosunku pracy na niekorzystną dla pracownika w połączeniu z kolejnymi przepisami dotyczącymi odwołania, a szczególnie ust. 6 pkt 4, stanowi faktycznie nacisk na kontrolera. Kontrola musi być obiektywna i bezstronna, a ustalenia pewne, gdyż w razie zakwestionowania ustaleń kontroli przez sąd, Fundusz będzie narażony na koszty (zwrot potrąconych środków, kary, wraz z odsetkami). Wprowadzenie zapisu ust. 6 pkt 4 spowoduje że może on być zrozumiany, że na kontrolera jest wywierana ciągła presja - "kwestionuj coraz więcej, bo inaczej zostaniesz odwołany". Na takie warunki pracy mogą nie zgodzić się obecni pracownicy. W przypadku naruszenia obowiązków pracowniczych, nierzetelnej pracy czy to z powodu braku wiedzy fachowej czy też z innych względów - nieprawidłowe przeprowadzanie kontroli, pracodawca może zastosować inne, przewidziane prawem środki, na tyle skuteczne, ażeby wyeliminować takie nieprawidłowości i zwolnić pracownika, który nie wykonuje rzetelnie swoich obowiązków.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Zapis "4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu.", zastąpić zapisem: "4. Kontrolera zatrudnia na podstawie umowy o pracę Prezes Funduszu." lub "Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy kontrolerzy zatrudnieni w Oddziałach Wojewódzkich Funduszu stają się pracownikami zatrudnionymi przez Prezesa Funduszu".</p>	Uwaga dotyczy art. 61y ust. 4 po zmianach.
90.	Art. 61x ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność”</p>	<p>Art. 1 ust 4 (Art. 61x ust. 6) „Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) złożyła rezygnację ze stanowiska; 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 1 pkt 1-4; 3) jest nieobecna w pracy powyżej 3 miesięcy z powodu tymczasowego aresztowania; 4) naruszyła w stopniu ciężkim obowiązki pracownicze, w szczególności realizowała kontrole w sposób powtarzalny kwestionując wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru, pomijając naruszenia istotne” <p>Uzasadnienie Zatrudnienie kontrolerów w ramach umowy o pracę spowoduje, iż kwestie zawarte</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – koncepcja zakłada przekształcenie umowy o pracę w stosunek pracy na podstawie powołania, tak jak w ZUS, z zastrzeżeniem, że odwołanie będzie możliwe tylko w określonych przypadkach, co zabezpiecza interes kontrolera. Uwaga dotyczy art. 61y po</p>

		przy Narodowym Funduszu Zdrowia	w art. 61x ust. 6 będą uregulowane w Kodeksie pracy. Jeżeli do tego nie dojdzie, zapis obok należy bardzo sensownie przereklamować ponieważ wynika z niego, że tylko w tych przypadkach Prezes Funduszu odwołuje. Ryzykowne, przy czym, w przypadkach realizowania kontroli w sposób powtarzalny (co w kontrolach z danego obszaru bardzo częste i często zgodne ze stanem faktycznym) daje pole do uznaniowości narażając na zarzut protekcjonizmu/mobbingu etc. Proponowane rozwiązanie Skreślić w całości ust. 6	zmianach.
91.	Art. 61x ust. 6 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	Art. 1 ust. 4 (Art. 61x ust. 6 pkt 2) „6. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która: 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 1 pkt 1-4”. Uzasadnienie Błąd - w ust. 1 nie ma punktów, są w ust. 3 Proponowane rozwiązanie „6. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która: 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1-4;”	Uwaga uwzględniona - uwaga dotyczy art. 61y w obecnym brzmieniu wcześniej odnosiła się do art. 61x.
92.	Art. 61y ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	Treść uwagi „Dział IIIA Kontrola”, Art. 61y, ust. 1 i 2: "1. Informacje, które kontroler oraz osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, uzyskała w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych stanowią tajemnicę kontrolerską. 2. Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również Prezes Funduszu oraz każda osoba, która uzyskała informację o przebiegu kontroli." - zapis nieprecyzyjny. Uzasadnienie Zapis nie mówi kiedy kontroler jest zwolniony z zachowania tej tajemnicy oraz uniemożliwia np. innym świadczeniodawcom udzielania informacji jakie wymogi ma Fundusz, które np. zostały sformułowane w zaleceniach pokontrolnych. Na temat zachowania tajemnicy służbowej mówią inne dokumenty i przepisy wewnętrzne. Poza tym obecnie Protokół kontroli oraz Wystąpienie pokontrolne są udostępniane do wglądu na BIP. Zapis zbędny. Proponowane rozwiązanie Skreślić Art. 61y	Uwaga częściowo uwzględniona w obecnym brzmieniu art. 61z ust. 2. Rozwiązanie zbieżne z ustawą o NIK.

93.	Art. 61y ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61y ust 2) „Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również Prezes Funduszu oraz każda osoba, która uzyskała informację o przebiegu kontroli”.</p> <p>Uzasadnienie Obowiązek zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę obowiązuje wszystkich pracowników i jest zapisany wprost w kodeksie pracy. To jest bardzo dziwaczny zapis, który ponadto tylko w niewielkiej części dotyka etyki kontrolerskiej, a co z pozostałymi wyznacznikami etyki kontrolerskiej, jak np. odniesienie do rzetelności, uczciwości, niezależności, obiektywizmu i bezstronności, kompetencji i staranności i profesjonalnego zachowania ? To nie jest zapis na ustawę !</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić w całości. Uregulować w indywidualnych umowach lub przepisach wewnętrznych</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona w obecnym brzmieniu art. 61z ust. 2. Rozwiązanie zbieżne z ustawą o NIK</p>
94.	Art. 61za ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 1 ust. 4 (Art. 61za) Uzasadnienie Jak na powagę ustawy jednak aktu wyższego rangą, to numeracja wymaga skrupulatnego i konsekwentnego uporządkowania. W Art. 61 za (a może legislator życzy sobie mieć 61ż ?) brak jest ustępów, punkty idą niekolejno</p> <p>Proponowane rozwiązanie W gestii legislatora</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – numeracja jest prawidłowa</p>
95.	Art. 102 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 7 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność”</p>	<p>Treść uwagi Art. 1 ust 4 (Art. 61za pkt 7) „w art. 102 w ust. 5 (...) pkt 15 otrzymuje brzmienie: „15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu i kontrolerów;”</p> <p>Uzasadnienie Skreślić cały ustęp ze względu na fakt, iż kontrolerzy są zatrudnieni w Funduszu.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić cały ustęp ze względu na fakt, iż kontrolerzy są zatrudnieni w Funduszu.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – w obecnym stanie prawnym Centralna i poszczególne oddziały są odrębnymi pracodawcami, a cel ustawy wymaga, aby kontrolerzy byli pracownikami Centrali Funduszu.</p>

		przy Narodowym Funduszu Zdrowia		
96.	Art. 107 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 9 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	Treść uwagi Art. 1 ust 4 (Art. 61za pkt 9 litera a) „w art. 107 w ust. 5 (...) uchyla się pkt 12 i 13” Uzasadnienie Dyrektor OW winien mieć uprawnienie do zainicjowania kontroli w sytuacji, gdy w jego ocenie jest ona niezbędna dla prawidłowości realizacji umów. Proponowane rozwiązanie „w art. 107 w ust. 5: a) uchyla się pkt 12 b) pkt 13 otrzymuje brzmienie „wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli w zakresie o którym mowa w art. 61a c) tutaj to co w b) (czyli wprowadzony pkt 19 i jego brzmienie)”	Uwaga nieuwzględniona – oczywistym jest, że dyrektorzy OW NFZ będą mogli wnioskować o przeprowadzenie kontroli na podstawie swoich kompetencji i obowiązków.
97.	Art. 112 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 10 projektu ustawy	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia	Treść uwagi Art. 1 ust 4 (Art. 61za pkt 10) litera b dodany ust. 4) „(...) Kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudniony lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie”. Uzasadnienie Niezgodne z obowiązującymi przepisami ograniczenie prawa do pracy bez należnego odszkodowania. Brak precyzyjnego określenia „innych zajęć”. Czy sprzątanie sieci aptek przez samotną matkę, która przestała być kontrolerem z powodu niezdania egzaminu po dwóch latach mieści się w katalogu „innych zajęć”, czy nie mieści się ? Proponowane rozwiązanie Skreślić lub dopisać kolejny punkt ze wskazaniem waloryzowanej (podać zasady) kwoty odszkodowania za zakaz konkurencji, jak np.: 4. Kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudniony w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie”. 5. Za okres obowiązywania zakazu, o którym mowa w ust. 4, kontrolerowi, z którym ustał stosunek pracy, przysługuje odszkodowanie w wysokości 80 % wynagrodzenia otrzymanego przez kontrolera przed ustaniem stosunku pracy za	Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest powszechnie stosowane w przepisach, które mają na celu zapobieżenie ewentualnemu konfliktowi interesów.

			okres odpowiadający okresowi obowiązywania zakazu. Odszkodowanie jest wypłacane jednorazowo w dniu ustania stosunku pracy lub w miesięcznych ratach za porozumieniem stron. Doprecyzować pojęcie „innych zajęć”.	
98.	Art. 112 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 10 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi Art.. 1 ust. 1 pkt 10 b: "4. Kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudniony lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie.</p> <p>Uzasadnienie Nie wiadomo czemu ma służyć ten zapis. Zapis w praktyce uniemożliwia powrót lekarzy do zawodu po zakończeniu pracy w Funduszu. Kontroler wykonuje nawet kilkadziesiąt kontroli rocznie w różnych podmiotach. Zakaz pracy w tych podmiotach pozbawia lekarza pracy. Należy pamiętać, że ze względu na posiadaną specjalizację nie może on być zatrudniony we wszystkich podmiotach, np. pulmonolog - tylko w poradni pulmonologicznej lub w szpitalu. Wiadomo jest, że do kontroli takiej poradni najpierw zostanie wyznaczony właśnie pulmonolog. Tak więc zapis jest niezrozumiały i tak restrykcyjny, że z pewnością będzie skutecznie odstraszać lekarzy od podjęcia pracy w Funduszu. Obecnie nawet lekarze przebywający na emeryturze nie zgłaszają się do postępowań rekrutacyjnych ogłaszanych przez Fundusz, gdyż wolą dalej pracować w zawodzie, nawet prywatnie, a na rynku jest duże zapotrzebowanie na specjalistów i tam ich zarobki są o wiele większe niż w Funduszu.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić Art.. 1 ust. 1 pkt 10 b</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowane rozwiązanie jest powszechnie stosowane w przepisach, które mają na celu zapobieżenie ewentualnemu konfliktowi interesów i nie ogranicza możliwości powrotu do zawodu.</p>
99.	Art. 112 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 10 projektu ustawy	Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska	<p>Treść uwagi Zapis art. 1 ust. 1 pkt 10b zmieniający art. 112 przez dodanie ust. 4 jest regulacją utrudniającą sytuację zawodową pracowników NFZ, którzy po 5 latach zatrudnienia w NFZ tracą samodzielne prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Art. 112 ust. 4. wprowadza zakaz zatrudnienia kontrolera w podmiotach kontrolowanych w terminie 2 lat od sporządzenia wystąpienia pokontrolnego. Zapis został dodany w celu zminimalizowania potencjalnych działań korupcyjnych jest jednak kolejnym zapisem negatywnie wpływającym na sytuację zawodową magistrów farmacji - byłych pracowników NFZ, w tym osób w wieku emerytalnym</p> <p>Uzasadnienie W aktualnym stanie prawnym podjęcie pracy w aptece ogólnodostępnej przez magistra farmacji pracującego w NFZ powyżej 5 lat po zakończeniu zatrudnienia w NFZ, wymaga odbycia płatnego stażu przypominającego trwającego do 6 m-cy. Utrata uprawnień samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty przez mgr</p>	<p>Uwaga uwzględniona</p>

			<p>farmacji zatrudnionych w NFZ wynika z regulacji zawartych w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz.U. Nr 41, poz. 179, z późn. zm.). Zgodnie z art. 17 ust. 1 Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu farmaceuty w aptece przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie w aptece, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską i odbyć przeszkolenie uzupełniające trwające nie dłużej niż 6 miesięcy. Koszt przeszkolenia ponosi farmaceuta odbywający przeszkolenie (ust. 4). Art. 17 ust. 2 wskazuje miejsca zatrudnienia, które nie stanowią przerwy w wykonywaniu zawodu farmaceuty, pomijając wykonywanie pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zadania wykonywane przez magistrów farmacji w trakcie pracy w NFZ uzasadniają uwzględnienie pracowników NFZ w art. 17 Ustawy o Izbach Aptekarskich jako grupę zachowującą uprawnienia zawodowe.</p> <p>Farmaceuci zatrudnieni w NFZ w trakcie pracy zawodowej podejmują działania mające na celu określoną w art. 2a ustawy o Izbach aptekarskich ochronę zdrowia publicznego. Udzielają usługi farmaceutyczne wymienionych w art. 2a ust 1 ustawy o Izbach Aptekarskich polegające na: sprawowaniu nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi i wyrobów medycznych (art. 2a ust 1 pkt 5), udzielaniu informacji na temat leków i realizacji recept pacjentom (pkt 6), współuczestniczeniu w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi (pkt 9).</p> <p>Proponowana zmiana w art. 17 ustawy o Izbach aptekarskich powinna dotyczyć zarówno kontrolerów jak i pozostałych magistrów farmacji zatrudnionych w NFZ, którzy będąc wysoko wykwalifikowanymi specjalistami od leków, realizują zadania nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi: sprawując nadzór merytoryczny nad bieżącymi rozliczeniami aptek, uczestnicząc w zawieraniu i rozliczaniu umów na leczenie szpitalne w rodzaju chemioterapia bądź w rodzaju programy lekowe.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Wprowadzenie dodatkowego art. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz.U. Nr 41, poz. 179, z późn. zm.) dodaje się w art. 17 ust. 2: pkt 5 w brzmieniu: 5) pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	
100.	Art. 112 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 pkt 10 projektu ustawy	Naczelną Izbą Aptekarską	<p>Treść uwagi Zapis art. 1 ust. 1 pkt 10b zmieniający art. 112 przez dodanie ust. 4 jest regulacją utrudniającą sytuację zawodową pracowników NFZ, którzy po 5 latach zatrudnienia w NFZ tracą samodzielne prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Art. 112 ust. 4. wprowadza zakaz zatrudnienia kontrolera w podmiotach kontrolowanych w terminie 2 lat od sporządzenia wystąpienia pokontrolnego. Zapis został dodany w celu zminimalizowania potencjalnych działań korupcyjnych jest jednak kolejnym zapisem negatywnie wpływającym na sytuację zawodową</p>	Uwaga uwzględniona

		<p>magistrów farmacji - byłych pracowników NFZ, w tym osób w wieku emerytalnym</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W aktualnym stanie prawnym podjęcie pracy w aptece ogólnodostępnej przez magistra farmacji pracującego w NFZ powyżej 5 lat po zakończeniu zatrudnienia w NFZ, wymaga odbycia płatnego stażu przypominającego trwającego do 6 m-cy. Utrata uprawnień samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty przez mgr farmacji zatrudnionych w NFZ wynika z regulacji zawartych w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz.U. Nr 41, poz. 179, z późn. zm.). Zgodnie z art. 17 ust. 1 Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu farmaceuty w aptece przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie w aptece, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską i odbyć przeszkolenie uzupełniające trwające nie dłużej niż 6 miesięcy. Koszt przeszkolenia ponosi farmaceuta odbywający przeszkolenie (ust. 4). Art. 17 ust. 2 wskazuje miejsca zatrudnienia, które nie stanowią przerwy w wykonywaniu zawodu farmaceuty, pomijając wykonywanie pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zadania wykonywane przez magistrów farmacji w trakcie pracy w NFZ uzasadniają uwzględnienie pracowników NFZ w art. 17 Ustawy o Izbach Aptekarskich jako grupę zachowującą uprawnienia zawodowe.</p> <p>Farmaceuci zatrudnieni w NFZ w trakcie pracy zawodowej podejmują działania mające na celu określoną w art. 2a ustawy o Izbach aptekarskich ochronę zdrowia publicznego. Udzielają usługi farmaceutyczne wymienionych w art. 2a ust 1 ustawy o Izbach Aptekarskich polegające na: sprawowaniu nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi i wyrobów medycznych (art. 2a ust 1 pkt 5), udzielaniu informacji na temat leków i realizacji recept pacjentom (pkt 6), współuczestniczeniu w sprawowaniu nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi (pkt 9).</p> <p>Proponowana zmiana w art. 17 ustawy o Izbach aptekarskich powinna dotyczyć zarówno kontrolerów jak i pozostałych magistrów farmacji zatrudnionych w NFZ, którzy będąc wysoko wykwalifikowanymi specjalistami od leków, realizują zadania nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi: sprawując nadzór merytoryczny nad bieżącymi rozliczeniami aptek, uczestnicząc w zawieraniu i rozliczaniu umów na leczenie szpitalne w rodzaju chemioterapia bądź w rodzaju programy lekowe.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Wprowadzenie punktu 5 w art. 17 ust. 2 ustawy o izbach aptekarskich. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 z późn. zm.) dodaje się w art. 17 ust. 2: pkt 5 w brzmieniu: 5) praca w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach</p>	
--	--	--	--

			której wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub prowadzeniem kontroli nad wykonywaniem czynności zawodowych farmaceutów oraz związanych z finansowaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom.	
101.	Art. 132b ustawy zmienianej w art. 1 pkt 11 projektu ustawy	Podlaski OW NFZ	<p>Treść uwagi art. 1 pkt. 11) ustawy zmieniającej - w art. 132b: po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b, proponuje się zmianę zapisu ust. 1a pkt. 2</p> <p>Uzasadnienie 1. Znaczna liczba świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia szpitalnego, posiada w swojej strukturze również izbę przyjęć. Zmiana zapisu zagwarantuje równe traktowanie świadczeniodawców posiadających w swej strukturze również izbę przyjęć. 2. Biorąc pod uwagę, że podmioty prowadzone i utworzone przez uczelnie medyczne zakwalifikowane do poziomu szpitali ogólnopolskich są placówkami realizującymi świadczenia wyłącznie na rzecz pacjentów niepełnoletnich zasadnym byłoby umożliwienie także świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do poziomu szpitali ogólnopolskich (tak jak pediatrycznych) możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.</p> <p>Proponowane rozwiązanie „2) zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć - świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie wniosku świadczeniodawcy, złożonego do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie do systemu zabezpieczenia. Świadczeniodawca ma możliwość zadeklarowania udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.”</p>	Uwaga uwzględniona
102.	Art. 132b ustawy zmienianej w art. 1 pkt 11 lit. b projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi Umożliwienie świadczeniodawcom zakwalifikowanym do poziomu systemu zabezpieczenia - szpitale ogólnopolskie (realizujące świadczenia wyłącznie pediatryczne), udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.</p> <p>Uzasadnienie Celem zmian w niniejszym projekcie ustawy jest między innymi zapewnienie udzielania przez szpitale pediatryczne świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci. Celem projektowanej zmiany jest to, aby szpitale pediatryczne mogły realizować przedmiotowe świadczenia zgodnie ze swoim</p>	Uwaga uwzględniona

			<p>profilem. Projekt ustawy nie uwzględnia możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla szpitali ogólnopolskich, które realizują wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego wyłącznie dla dzieci. Bez uwzględnienia takich szpitali nie zostanie zrealizowany cel ustawy, czyli odciążenie izby przyjęć lub szpitalnych oddziałów ratunkowych, poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie najmłodszym pacjentom.</p> <p>Proponowane rozwiązanie 1a. W przypadku świadczeniodawców: 1) realizujących tylko jeden profil systemu zabezpieczenia, 2) zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego - świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie wniosku świadczeniodawcy, złożonego do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie do systemu zabezpieczenia. 1b. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 5, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci 1c. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 realizujący wyłącznie profil pediatryczny systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.</p>	
103.	Art. 132b ustawy zmienianej w art. 1 pkt 11 lit. b projektu ustawy	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	<p>Umożliwienie świadczeniodawcom zakwalifikowanym do poziomu systemu zabezpieczenia - szpitale ogólnopolskie (realizujące świadczenia wyłącznie pediatryczne), udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.</p> <p>Uzasadnienie Celem zmian w niniejszym projekcie ustawy jest między innymi zapewnienie udzielania przez szpitale pediatryczne świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci. Celem projektowanej zmiany jest to, aby szpitale pediatryczne mogły realizować przedmiotowe świadczenia zgodnie ze swoim profilem. Projekt ustawy nie uwzględnia możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla szpitali ogólnopolskich, które realizują wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego wyłącznie dla dzieci. Bez uwzględnienia takich szpitali nie zostanie zrealizowany cel ustawy, czyli odciążenie izby przyjęć lub szpitalnych oddziałów ratunkowych, poprzez</p>	Uwaga uwzględniona

			<p>zwiększenie dostępu do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie najmłodszym pacjentom.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>W art. 132 b b) po ust. 1 dodaje się ustęp 1a, 1b i 1c w brzmieniu:</p> <p>"1a. W przypadku świadczeniodawców:</p> <p>1) realizujących tylko jeden profil systemu zabezpieczenia,</p> <p>2) zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego</p> <p>- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie wniosku świadczeniodawcy, złożonego do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie do systemu zabezpieczenia.</p> <p>1b. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 5, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci</p> <p>1c. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 realizujący wyłącznie profil pediatryczny systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci."</p>	
104.	Art. 132b ustawy zmienianej w art. 1 pkt 11 lit. b projektu ustawy	Górnśląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II SPSK nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	<p>Umożliwienie świadczeniodawcom zakwalifikowanym do poziomu systemu zabezpieczenia - szpitale ogólnopolskie (realizujące świadczenia wyłącznie pediatryczne), udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Celem zmian w niniejszym projekcie ustawy jest między innymi zapewnienie udzielania przez szpitale pediatryczne świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci. Celem projektowanej zmiany jest to, aby szpitale pediatryczne mogły realizować przedmiotowe świadczenia zgodnie ze swoim profilem. Projekt ustawy nie uwzględnia możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla szpitali ogólnopolskich, które realizują wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego wyłącznie dla dzieci. Bez uwzględnienia takich szpitali nie zostanie zrealizowany cel ustawy, czyli odciążenie izby przyjęć lub szpitalnych oddziałów ratunkowych, poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie najmłodszym pacjentom.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p>	Uwaga uwzględniona

			<p>W art. 132 b b) po ust. 1 dodaje się ustęp 1a, 1b i 1c w brzmieniu: "1a. W przypadku świadczeniodawców: 1) realizujących tylko jeden profil systemu zabezpieczenia, 2) zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego - świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie wniosku świadczeniodawcy, złożonego do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wraz z wnioskiem o zakwalifikowanie do systemu zabezpieczenia. 1b. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 5, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci 1c. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 realizujący wyłącznie profil pediatryczny systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dla dzieci."</p>	
105.	Art. 132b ustawy zmienianej w art. 1 pkt 11 lit. b projektu ustawy	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	<p>Treść uwag Dostrzegając potrzeby zwłaszcza „małych pacjentów” i organizacyjne przygotowanie świadczeniodawców prowadzących szpitale pediatryczne do udzielania świadczeń właśnie takim pacjentom, a nadto mając na uwadze skoncentrowanie udzielania świadczeń przez szpitale pediatryczne na opiece jednak wyłącznie w miejscu udzielania świadczeń, zasadna zdaje się taka regulacja udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez szpital pediatryczny, która ograniczy ich realizację wyłącznie na rzecz dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia ale i wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych (w ambulatorium). Ponadto uwaga redakcyjna polegająca na doprecyzowaniu, że w przepisie chodzi o świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.</p> <p>Uzasadnienie W przekonaniu Oddziału Funduszu, szpitale pediatryczne, które bazują najczęściej także na personelu udzielającym świadczeń szpitalnych na oddziałach, spełniałyby swoją rolę pomocy doraźnej dla „małych pacjentów” także w sytuacji udzielania świadczeń wyłącznie w zakresie nocnej i świątecznej opieki ambulatoryjnej, tj. na miejscu, w szpitalu. Konieczność zapewnienia także opieki wyjazdowej zmusza świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu szpitali pediatrycznych do zapewnienia dodatkowego (wyjazdowego) zespołu pielęgniarsko-lekarskiego na trudnym do określenia obszarze. Opiekę wyjazdową sprawować mogliby pozostali świadczeniodawcy udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej</p>	<p>Uwaga niezasadna. Świadczeniodawca na przyjętym terenie zabezpieczenia powinien w pełni realizować zakres świadczeń gwarantowanych w nocnej świątecznej opiece zdrowotnej. Przedstawiona propozycja przenosi odpowiedzialność za zabezpieczenie świadczeń wyjazdowych na świadczeniodawców wyłonionych w ramach kontraktu.</p>

			<p>(„sieciami” i „pozasieciami”) i objąć nią tak dorosłych jak też dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia. Obszar zabezpieczenia opieki sprawowanej dotychczas przez szpital „pediatryczny” powinien zostać podzielony pomiędzy innych świadczeniodawców, którzy sprawowaliby także opiekę wyjazdową dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zmiana w art. 132b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie dodawanego ust. 1b i nadanie mu brzmienia:</p> <p>„1b. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 5, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w miejscu udzielania świadczeń.”.</p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem zmianę w art. 1 projektu w pkt 11 lit. b w części dotyczącej dodania ust. 1b do art. 132b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i nadanie przedmiotowemu ust. 1b brzmienia:</p> <p>„1b. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 5, udzielają świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w miejscu udzielania świadczeń.”.</p>	
106.	Art. 192a ustawy zmienianej w art. 1 pkt 16 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Wątpliwości budzi treść projektowanego przepisu art. 192a pkt 2 w zakresie, w jakim przepis ten ma stanowić podstawę do zwrócenia się do świadczeniodawcy o udostępnienie dokumentacji medycznej. Nie jest zrozumiała relacja żądania udostępnienia dokumentacji na podstawie art. 192a pkt 2 ustawy do żądania udostępnienia dokumentacji w ramach prowadzonej kontroli. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej udostępnienie dokumentacji medycznej, zawierającej informacje objęte tajemnicą lekarską, może następować jedynie w ramach prowadzonej kontroli, a nie w ramach zgłoszonego poza tym trybem żądania na podstawie projektowanego art. 192a. Potwierdzenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej może następować np. poprzez złożenie przez kierownika podmiotu oświadczenia o udzieleniu takich świadczeń a nie poprzez udostępnianie dokumentacji medycznej.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – prawo do nieodpłatnego dostępu do dokumentacji medycznej wynika już z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p>
107.	Art. 195a ustawy zmienianej w art. 1 pkt 17 projektu ustawy	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Negatywnie oceniono projektowany przepis art. 195a, który przewiduje odpowiedzialność karną osoby zatrudniającej kontrolera w okresie 2 lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego dotyczącego kontroli w podmiocie zatrudniającym. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, to kontroler NFZ ma pełną świadomość ograniczeń związanych z wykonywaniem zadań kontrolera i w przypadku ich naruszenia odpowiedzialność karna powinna obejmować byłego</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – rozwiązanie zbieżne z ustawą o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby wykonujące funkcje</p>

			kontrolera, a nie jego pracodawcę.	publiczne.
108.	Art. 195a ustawy zmienianej w art. 1 pkt 17 projektu ustawy	Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego	<p>Treść uwagi Art.. 1 ust. 1 pkt 17: "17) w dziale IX po art.195 dodaje się art. 195a w brzmieniu: „Art. 195a. Kto zatrudnia kontrolera wbrew warunkom określonym w art. 112 ust. 4, podlega karze aresztu albo karze grzywny.”</p> <p>Uzasadnienie Dalszy ciąg zapisu restrykcyjnego, tym razem uderzającego w świadczeniodawców. Były kontroler staje się osobą niepożądaną i odrzuconą. Zapis ten jasno daje lekarzom do zrozumienia, że jeżeli zdecydują się na pracę w Funduszu, nie wrócą już do zawodu w ogóle. Założenie gabinetu prywatnego nie rozwiązuje problemów, gdyż lekarz nie pracujący w zawodzie od lat, nie będzie miał pacjentów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić Art.. 1 ust 1 pkt 17.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – rozwiązanie zbieżne z ustawą o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby wykonujące funkcje publiczne.</p>
109.	Art. 195a ustawy zmienianej w art. 1 pkt 17 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść uwagi Art. 1 ust 4 (Art. 61za pkt 17) „w dziale IX po art.195 dodaje się art. 195a w brzmieniu (...) Kto zatrudnia kontrolera wbrew warunkom określonym w art. 112 ust. 4, podlega karze aresztu albo karze grzywny.”</p> <p>Uzasadnienie Jest wąski katalog sytuacji, co do których pracodawca powinien sprawdzać pracownika. Co do zasady równość w zatrudnieniu i wynagrodzeniu występuje w zapisach kodeksu pracy i wszyscy są równi. Propozycja zapisu niezgodna z prawem ! Fakt, w przeszłości, pracy, jako kontroler w NFZ nie ma podstaw prawnych do stygmatyzowania poprzez sankcje potencjalnego pracodawcy i byłego NFZ-towskiego nieszczęsnego kontrolera.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić i nie powracać do rozwiązań niezgodnych z prawem</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – rozwiązanie zbieżne z ustawą o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby wykonujące funkcje publiczne.</p>
110.	Art. 2 pkt 5 projektu ustawy w zakresie art. 52a ust 1	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Prezydium negatywnie ocenia przewidziane w art. 2 projektu ustawy zmiany w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w zakresie, w jakim:</p> <p>a) projektowany przepis art. 52a ust. 1 tej ustawy przewiduje możliwość nakładania kar odnoszących się do kwoty refundacji w przypadkach prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa oraz nieprowadzenia dokumentacji medycznej. W ramach kontroli wystawiania recept badanie i wyciąganie negatywnych konsekwencji w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej ma uzasadnienie jedynie wówczas, gdy z dokumentacji medycznej nie wynikają względy medyczne uzasadniające ordynację zrefundowanego leku. Z</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – uzasadnienie zostało rozbudowane w tym zakresie.</p>

			<p>powyższych względów z treści projektowanego art. 52 ust. 1 należy wykreślić pkt 3 i 4. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest instytucją odpowiedzialną za weryfikację zgodności z prawem każdego aspektu działalności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów. Uprawnienia kontrolne Narodowego Funduszu Zdrowia powinny co do zasady sięgać tam, gdzie ewentualne nieprawidłowości działania personelu medycznego wywołują negatywne skutki finansowe po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>b) projektowany przepis art. 52a ust. 1 pkt 7 przewiduje możliwość nakładania na lekarzy i podmioty wykonujące działalność leczniczą kary w przypadku wystawienia recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach, o których mowa w art. 37 ustawy refundacyjnej;</p> <p>Prezydium podkreśla, że w porozumieniu podpisanym przez Ministra Zdrowia z Lekarzami Rezydentami znalazło się zobowiązanie Ministra Zdrowia do przedstawienia Radzie Ministrów projektów aktów prawnych, które przewidywałyby zwolnienie lekarzy z obowiązku wskazywania na receptycie poziomu refundacji leków – co jest równoznaczne z wyłączeniem osób wystawiających receptę z jakiegokolwiek odnośnienia się do kwestii wskazań wynikających z obwieszczeń Ministra Zdrowia.</p> <p>Z powyższych względów, z treści projektowanego art. 52 ust. 1 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych należy wykreślić pkt 7.</p> <p>c) projektowany przepis art. 52a ust. 1 pkt 6 tej ustawy odnosi się do wystawienia recepty niezgodnej z uprawnieniami pacjenta.</p> <p>Samorząd lekarski od wielu lat konsekwentnie postuluje likwidację spoczywających na lekarzach i lekarzach dentyistach obowiązków o charakterze niemedycznym, związanych z ustalaniem uprawnień pacjentów do refundacji leków, w tym poziomu tej refundacji.</p>	
111.	Art. 2 pkt 5 projektu ustawy w zakresie art. 52a ust 2	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Projektowany przepis art. 52a ust. 2 tej ustawy przewiduje możliwość nakładania kary umownej w kwocie do równowartości kwoty refundacji za okres objęty kontrolą. Projektowany przepis, określając jedynie górną granicę możliwej kary, nie zawiera żadnego wskazania co do miarkowania nakładanej kary w zależności od wagi stwierdzonych uchybień czy ich liczby w kontrolowanym okresie. Mając na uwadze, że kontrole ordynacji lekarskiej realizowane dotychczas przez NFZ obejmowały niejednokrotnie okresy wielu miesięcy a nawet ponad roku, projektowany przepis nie zabezpiecza kontrolowanego przed nałożeniem rażąco wygórowanych kar nieadekwatnych do stwierdzonych uchybień.</p>	Uwaga nieuwzględniona – przesłanki miarkowania kary wynikają z art. 53 ust. 3 ustawy o refundacji.
112.	Art. 3 projektu ustawy	INFARMA we współpracy z	<p>W odniesieniu do propozycji zawartej w Art. 3. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 oraz z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515 i 1544) wprowadza się następujące zmiany:</p>	Uwaga uwzględniona

		POLCRO	<p>1) w art. 37k: 2) a) uchyla się ust. 1c, 3) b) ust. 1d otrzymuje brzmienie: „1d. Sponsor informuje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o numerze PESEL uczestnika badania klinicznego w terminie dni 14 od dnia od włączenia do badania.”;</p> <p>proponujemy zmianę w zakresie proponowanego ust. 1d. Proponujemy aby, to badacz oraz właściwy podmiot leczniczy (ośrodek badawczy) były wskazane jako podmioty odpowiedzialne za wypełnienie obowiązku informacyjnego w zakresie przekazania do oddziałów NFZ danych PESEL uczestnika badania klinicznego, co wynika z faktu, że sponsor nie dysponuje takimi danymi.</p> <p>Uzasadnienie W naszej opinii posiadanie przez NFZ danych o uczestniku badania w postaci PESEL jest w pełni zasadne, natomiast poniżej wskazano uwagi w odniesieniu do propozycji nałożenia takiego obowiązku na sponsora badania.</p> <p>1.Zgodnie z obowiązującymi zasadami włączenia uczestnika do badania klinicznego zgoda uczestnika na udział w badaniu nie dotyczy przetwarzania przez sponsora numeru PESEL. Sponsor nie posiada dostępu i nie zna numeru PESEL Uczestnika.</p> <p>2.Sponsor nie posiada wiedzy na temat numeru PESEL uczestnika, gdyż jedną z podstawowych zasad prowadzenia badania (zawartą w art. 37b. ust. 2 pkt 3 Prawa Farmaceutycznego) jest prawo uczestnika „do zapewnienia jego integralności fizycznej i psychicznej, prywatności oraz ochrony danych osobowych”. Konsekwencją tej regulacji są zapisy w Umowach o przeprowadzenie badania zawieranych między sponsorem a badaczem i ośrodkiem badawczym o nie ujawnianiu danych uczestnika, jak również odpowiednie zapisy w zgodzie uczestnika.</p> <p>3.W związku z powyższym dane uczestnika są pseudonimizowane w ośrodku badawczym i podczas trwania badania sponsor nie ma możliwości samodzielnego zidentyfikowania uczestnika. Taką wiedzę natomiast, od momentu włączenia uczestnika do badania, posiada badacz i ośrodek badawczy. Badacz nie ujawnia danych, które pozwoliłyby na ujawnienie uczestnika sponsorowi.</p> <p>4.Sponsor (samodzielnie, bądź organizacja prowadząca badanie na zlecenie sponsora zwana „CRO”) ma dostęp do numeru PESEL (oraz innych danych umożliwiających identyfikację uczestnika) tylko w określonych sytuacjach. Są to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wizyta monitorująca; • audyt; 	
--	--	--------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • roszczenia Uczestnika. <p>W dwóch pierwszych przypadkach PESEL znajduje się w dokumentacji medycznej zlokalizowanej na terenie ośrodka badawczego. Monitor badania (osoba weryfikująca dane ze strony sponsora lub CRO) przegląda dokumentację medyczną w celu potwierdzenia, że dane zawarte w CRF (w którym Uczestnicy widnieją pod numerami uniemożliwiającym sponsorowi ich identyfikację) prawidłowo odzwierciedlają dane źródłowe. Monitor nie może kopiować i zapisywać numerów PESEL, innych danych osobowych ani przekazywać ich sponsorowi, ponieważ oznaczałoby to ujawnienie danych osobowych uczestników, które umożliwiłyby ich identyfikację.</p> <p>Ostatni przypadek (punkt 4c) odnosi się do sytuacji, w której to Uczestnik domaga się odszkodowania w związku ze szkodą, która powstała u niego w wyniku udziału w badaniu.</p> <p>Sytuacje wymienione powyżej (punkty: 4a-4c) nie tylko nie mają na celu gromadzenia numerów PESEL, ale również w praktyce nie mają miejsca w terminie 14 dni od włączenia uczestnika do badania.. Tym samym sponsor nie ma możliwości przekazania danych PESEL oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Informację o numerze PESEL od dnia włączenia Uczestnika posiada natomiast badacz i ośrodek Badawczy.</p> <p>5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (dalej: RDPK) dookreśla, jakie dokumenty związane z badaniem powinien posiadać sponsor, a jakie badacz. Dokument potwierdzający wyrażenie świadomej zgody uczestnika badania oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych i dostęp do dokumentów źródłowych znajduje się w dokumentacji badacza. Poza samą dokumentacją źródłową i podpisanymi zgodami uczestników badania na badanie oraz przetwarzanie danych osobowych, w dokumentacji badania przechowywanej przez badacza i ośrodek badawczy (zgodnie z ICH GCP) znajduje się Lista identyfikująca pacjentów. Zatem dostęp do numerów PESEL uczestników posiadają badacz i ośrodek badawczy.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>w Art. 3. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 oraz z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515 i 1544) wprowadza się następujące zmiany:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w art. 37k: 2) a) uchyla się ust. 1c, 3) b) ust. 1d otrzymuje brzmienie: „ <p>1d. Badacz lub właściwy Podmiot leczniczy informuje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia o numerze PESEL uczestnika badania klinicznego w terminie dni 14 od dnia od włączenia do badania.”;</p>	
--	--	--	--

113.	Art. 4 projektu ustawy	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi Zmiana uprawniająca wojewodę w porozumieniu z oddziałem NFZ (art.4 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym) do zaplanowania harmonogramu realizacji wybranych świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości do ich udzielania świadczeń, w ramach uzgodnionego harmonogramu, z wyłączeniem jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których udzielane są świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych</p> <p>Uzasadnienie - należy pamiętać , że z innych aktów prawnych wynika do dyżurów jakich specjalistów zobowiązane jest centrum urazowe.Wobec powyższego tylko w tych dziedzinach centrum urazowe może być wyłączone z tych uzgodnionych harmonogramem dyżurów.</p>	<p>Uwaga niezasadna Proponowany nowy art. 21a ustawy o PRM przewiduje możliwość objęcia harmonogramem jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, oprócz takich jednostek znajdujących się w centrach urazowych.</p>
114.	Art. 4 projektu ustawy	Podlaski OW NFZ	<p>Treść uwagi Art.4 ust. 1 ustawy zmieniającej</p> <p>Uzasadnienie Należy wprowadzić definicję jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Obecnie pojęcie to nie ma legalnej definicji. Jego zakres można wywieść z konstrukcji wojewódzkich planów działania systemu określonej w art. 21 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2006r. (t.j. Dz.U. z 2017r.poz. 2195 ze zm.). W ocenie Podlaskiego OW NFZ wprowadzenie systemów dyżurów winno w sposób jednoznaczny określać jakie jednostki organizacyjne szpitala mogą być włączone do możliwości realizacji świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości do ich udzielania (czy dotyczy to także przede wszystkim szpitalnych oddziałów ratunkowych). Biorąc pod uwagę sygnały jakie wpływają do Oddziału dotyczące proponowanej zmiany, szpitalne oddziały ratunkowe- mając na uwadze ich umiejscowienie w systemie, tj. udzielanie świadczeń pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego winny być przez ustawodawcę wyłączone z kategorii jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Art. 4. W ustawie z dnia 08 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (...) wprowadza się następujące zmiany: proponuje się zmianę zdania drugiego w propozycji art. 21a, tj: „ W harmonogramie nie umieszcza się jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których udzielane są</p>	<p>Uwaga niezasadna Jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego są od dawna wskazywane w wojewódzkich planach działania systemu, na podstawie dotychczas obowiązujących przepisów, tj. bez ustawowej definicji takiej jednostki. Harmonogramy mają być natomiast jedynie pochodną ww. wojewódzkich planów, wobec czego nie jest uzasadnione, aby specjalnie na ich potrzeby wprowadzana była definicja omawianej jednostki.</p>

			<p>świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych, pacjentów urazowych dziecięcych oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych.</p> <p>Propozycja definicji jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – jednostki organizacyjne szpitali wpisane do wojewódzkich planów działania systemu, nie obejmują szpitalnych oddziałów ratunkowych.</p>	
115.	Art. 4 pkt 1 projektu ustawy	Wojskowy Instytut Medyczny	<p>Po analizie planowanych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Wojskowy Instytut Medyczny zgłasza wniosek o rozważenie wyłączenia z systemu miejskich dyżurów ostrych oddziałów niezbędnych dla funkcjonowania Centrum Urazowego w szpitalach pełniących tę funkcję. Dodatkowe obciążenie dyżurowe oddziałów chirurgii, traumatologii i ortopedii oraz neurochirurgii spowoduje utratę możliwości skutecznej realizacji zadań dotyczących leczenia pacjentów z najcięższymi obrażeniami ciała. Oddziały te są i tak zobligowane do pełnienia ciągłego ostrego dyżuru urazowego. W praktyce przejmują na siebie obowiązek diagnostyki i leczenia chorych urazowych z różnych miejsc województwa, także spoza jego granic, a pacjenci kierowani do CU przez szpitale na terenie województwa, a zwłaszcza przez zespoły ratownictwa medycznego naziemne i lotnicze, niejednokrotnie w żaden sposób nie spełniają kryteriów z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego wymaganych do ich przyjęcia przez centrum urazowe.</p> <p>Powyższa uwaga nie dotyczy dyżurów ostrych oddziałów takich jak okulistyka czy laryngologia, które nie obciążają bezpośrednio Centrum Urazowego i które de facto funkcjonują w systemie.</p>	<p>Uwaga niezasadna Zgodnie z proponowanym rozwiązaniem jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, znajdujące się w centrach urazowych, nie będą obejmowane harmonogramami.</p>
116.	Art. 4 pkt 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	<p>Treść uwagi Art. 4 pkt 1 str. 19 dodany art. 21a. 1 Brak w ustawie definicji „zwiększonej gotowości”.</p> <p>Uzasadnienie W ustawie o PRM art.30 jest tylko definicja podwyższonej gotowości. Brak takiej definicji będzie skutkować różnym rozumieniem zapisu przez świadczeniodawców.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Dodać zapis określający co to znaczy „zwiększona gotowość”.</p>	<p>Uwaga niezasadna Idea ustalania harmonogramów, w których wymienione będą jednostki organizacyjne szpitali działające w określonych dniach w warunkach zwiększonej gotowości (a jednocześnie niedziałające w tych warunkach w innych dniach) jest ściśle powiązana z mechanizmem wprowadzanym w proponowanym nowym art. 45a ustawy o PRM. Dzięki temu mechanizmowi do szpitala figurującego w danym</p>

				dniu jako niedziałający w warunkach zwiększonej gotowości będzie trafiało mniej pacjentów przywożonych przez ZRM, natomiast szpitale działające w tym dniu w warunkach zwiększonej gotowości będą musiały się liczyć z większym napływem takich pacjentów. Nie jest jednak możliwe określenie z góry skali zmniejszenia obciążenia tych pierwszych i jednocześnie zwiększenia obciążenia tych drugich.
117.	Art. 4 pkt 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	<p>Treść uwagi Art. 4 pkt 1 str. 19 dodany art.21a. li2 Zapisy zaburzają przejrzystość organizacji i funkcjonowania systemu PRM opisanego w Wojewódzkim Planie działania systemu.</p> <p>Uzasadnienie Zapisy ustawy o PRM określają kto decyduje o miejscu docelowym transportu pacjenta i jak jest wybierane miejsce docelowe w oparciu o plan wojewódzki. Ponadto w projekcie nie jest jasno określone, czy harmonogramy dotyczą ZRM w całym rejonie dyspozytorni, czy u danego dysponenta. Skuteczność działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zależy bezpośrednio od przejrzystości jego organizacji. Proponowane nieprecyzyjne zapisy dotyczące harmonogramów pracy oddziałów szpitalnych mogą wprowadzić chaos. Ograniczenie ilości personelu medycznego na oddziałach nie może odbywać się kosztem burzenia organizacji systemu PRM. Proponowane rozwiązanie Doprecyzować, że harmonogramy nie dotyczą szpitali, w których funkcjonują SOR-y, gdyż w tych szpitalach wszystkie oddziały powinny funkcjonować całodobowo i być dostępne dla pacjentów. Doprecyzować czy harmonogramy dotyczą rejonu dyspozytorni.</p>	<p>Uwagi niezasadne Obszar objęty harmonogramem będzie każdorazowo określony przez wojewodę, przy czym punktem wyjścia do ustalenia harmonogramu dla danego obszaru będzie wniosek samych świadczeniodawców. Wyłączenie wszystkich szpitali posiadających SOR z możliwości objęcia harmonogramem oznaczałoby znaczne ograniczenie zakresu oddziaływania proponowanych rozwiązań. Włączenie szpitala do harmonogramu nie będzie ponadto oznaczać zwolnienia z całodobowej gotowości do przyjmowania pacjentów, również z dni „tępodyżurowe”.</p>
118.	Art. 4 pkt 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego	<p>Treść uwagi Art.4 pkt 1 str.19 dodany art.21a.2 Brak zobowiązania do stosowania harmonogramu przez lotnicze ZRM.</p> <p>Uzasadnienie</p>	<p>Uwaga niezasadna Lotnicze ZRM są objęte zakresem pojęcia ZRM, wobec czego stosuje się do nich art. 44, 45.</p>

		SPZOZ	Zgodnie z brzmieniem zapisu harmonogram jest tylko przekazywany do wiadomości Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu. Proponowane rozwiązanie Doprecyzować zapisy w tym zakresie.	
119.	Art. 4 pkt 1 projektu ustawy	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Treść uwagi Art.4 pkt 1 str.19 dodany art.21a.2 Brak terminu umieszczenia w BIP harmonogramu. Uzasadnienie Termin powinien być określony, gdyż jednostki systemu PRM ze względu np. na ilość ZRM muszą posiadać możliwość przekazania tych informacji do wszystkich pracowników. Proponowane rozwiązanie Dodać termin umieszczenia harmonogramów w BIP.	Uwaga uwzględniona.
120.	Art. 4 pkt 2 projektu ustawy	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Treść uwagi Art.4 pkt 2 str. 19 dodany art.45a Brak zobowiązania do stosowania harmonogramu przez kierowników ZRM. Uzasadnienie Kierownik zespołu ratownictwa medycznego na podstawie samodzielnej decyzji może dalej przetransportować pacjenta do najbliższego SOR-u. Proponowane rozwiązanie Doprecyzować zapisy w tym zakresie.	Uwaga uwzględniona.
121.	Art. 4 projektu ustawy	Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej	Uzasadnienie 1.Proponowana zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczy wprowadzenia jednolitych zasad segregacji medycznej. W chwili obecnej brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Decyzje dotyczące organizacji pracy SOR podejmowane są samodzielnie przez kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych. Wprowadzenie zmian systemowych umożliwia prowadzenie centralnej polityki w zakresie organizacji pracy w SOR. Ujednolicenie zasad prowadzenia segregacji medycznej zwiększa bezpieczeństwo pacjentów i poprawia komfort pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych. Wprowadzony zostanie obowiązek prowadzenia segregacji medycznej dla wszystkich podmiotów leczniczych posiadających SOR, co oznacza dostosowanie ich do najwyższych standardów w obszarze medycyny ratunkowej. 2.Zmiany wprowadzone do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczą utworzenia systemu teleinformatycznego przetwarzającym dane o liczbie	Uwaga uwzględniona – jednakże zmodyfikowano jej zakres.

		<p>osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, kategorii przypisanej im w wyniku segregacji medycznej i czasie oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanego dalej „SIOK”.</p> <p>Administratorem SIOK będzie Narodowy Fundusz Zdrowia, przy czym do roku 2027 zadanie to będzie realizowało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.</p> <p>Rozwiązanie techniczne systemu pozwala na organizację kolejek osób oczekujących w SOR oraz przypisanie ich do odpowiedniej kategorii wg stopnia pilności udzielenia świadczeń medycznych. Dotyczy to również osób przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego. Wykorzystanie funkcjonalności SIOK umożliwia bieżące informowanie pacjentów o przewidywanym czasie oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej przez lekarza SOR. Takie rozwiązanie skutkuje zwiększeniem komfortu osób znajdujących się w stanie zagrażającym ich zdrowiu lub życiu. Znacznie ograniczone zostaje również nieefektywne wykorzystanie czasu pracy osób zatrudnionych w rejestracji i punktach informacji, który do tej pory przeznaczony był na uzyskiwanie oraz udostępnianie danych dotyczących czasu oczekiwania. Zastosowane rozwiązania mają za zadanie skrócić okres pobytu w poczekalni SOR.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>1. „Art. 4. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 oraz z 2018 r. poz. 650 i 1115) wprowadza się następujące zmiany:</p> <p>1) w art. 3 po pkt 14a dodaje się pkt 14b w brzmieniu: „14b) segregacja medyczna – proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób;”</p> <p>2. 3) po art. 33 dodaje się art. 33a w brzmieniu: „Art. 33a. 1. W szpitalnym oddziale ratunkowym prowadzona jest segregacja medyczna.</p> <p>2. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system teleinformatyczny, w którym są przetwarzane dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej „SIOK”.</p> <p>3. Administratorem SIOK oraz administratorem danych przetwarzanych w SIOK jest Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p>4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalną funkcjonalność SIOK oraz warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych, a także minimalne wymagania techniczne, uwzględniając konieczność zapewnienia współpracy systemu informatycznego</p>	
--	--	---	--

			<p>wykorzystywanego przez dysponenta jednostki z SIOK oraz umożliwienia powszechnej dostępności danych zgromadzonych w SIOK, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa tych danych.</p> <p>5. Od dnia 1 stycznia 2027 r. zadania, o których mowa w ust. 3, mogą być finansowane w formie dotacji celowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia.”;</p> <p>4) w art. 34 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu: „1a) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych;”;</p> <p>Lekarz systemu: Lekarzem systemu może być: - lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo lekarz po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej; - lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo lekarz po drugim roku specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; - lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo lekarz po drugim roku specjalizacji w dziedzinie neurologii; - lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii chorób wewnętrznych, pediatrii; - lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, w dziedzinie: 1) chorób wewnętrznych; 2) pediatrii; 3) chirurgii ogólnej, - pod warunkiem kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego. Uzasadnienie: Wprowadzenie powyższych zmian przyczyni się do zwiększenia możliwości dysponentów w zakresie zatrudnienia lekarzy systemu do pracy zarówno w zespołach ratownictwa medycznego, jak i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, co przełoży się na zatrzymanie gwałtownego spadku liczby specjalistycznych zespołów kadrowych oraz zwiększenie obsady szpitalnych oddziałów ratunkowych. Dodatkowo usunięta zostanie wada prawna polegająca na niedostosowaniu obecnego brzmienia art. 57 ustawy o PRM do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków.</p>	
122.	Art. 6 projektu ustawy	Lewiatan	<p>Art. 6 projektu dotyczący wyłączenia stosowania Prawa przedsiębiorców</p> <p>Uzasadnienie Podtrzymujemy nasze dotychczasowe stanowisko o bezzasadności wyłączenia kontroli prowadzonej przez NFZ spod ogólnych zasad prowadzenia kontroli przedsiębiorców.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona. Generalne wyłączenie ustawy o świadczeniach w art. 65 ustawy prawo przedsiębiorców. Zaproponowano nowe brzmienie</p>

			<p>Ponad 90 % przychodni POZ i AOS to przedsiębiorcy prowadzący często działalność w ramach indywidualnych praktyk.</p> <p>Wyłączenie zasad dotyczących niemożności prowadzenia kilku kontroli w tym samym czasie oraz ograniczenia czasu prowadzenia kontroli najbardziej uderza w małe placówki, które narażone są na paraliż i niemożność należytego świadczenia usług wobec pacjentów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Odejście od dotychczasowej praktyki i włączenie kontroli NFZ pod wymogi Prawa przedsiębiorców:</p> <p>„Art. 6. W ustawie z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, z późn. zm.) w art. 61 uchyla się pkt 2.”.</p>	<p>art. 65 wynikające z konieczności równego traktowania wszystkich podmiotów podlegających kontroli NFZ. Jednocześnie dostosowano przepisy projektu ustawy do standardów wynikających z prawa przedsiębiorców w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celów i specyfiki kontroli wydatkowania środków publicznych.</p>
123.	Art. 8 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 8</p> <p>„Legitymacje wydane pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzającym kontrole przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie tej ustawy”.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Dotychczasowi kontrolerzy mieli wydawane legitymacje służbowe z adnotacją: „ważna do: bezterminowo”. Termin bezterminowo jest jednoznaczny i jest uprawnieniem nabytym (zgodnie z art. 2 Konstytucji RP) kontrolera dotyczącym jego uprawnień kontrolerskich (m. in. wejście na teren podmiotu kontrolowanego). Zatem na jakiej prawnej podstawie dotychczasowy kontroler traci uprawnienie skoro ono nigdy nie było terminowe ?</p> <p>(Zasada ochrony praw słusznie nabytych zakazuje stosowania i tworzenia przepisów w taki sposób, że umożliwiłyby one odebranie lub ograniczenie praw podmiotowych przysługujących jednostce lub innym podmiotom prywatnym występującym w obrocie prawnym. Zarówno w poprzednim, jak i w aktualnym stanie prawnym zasadę tę wywodzono z ogólnej zasady państwa prawnego i stawiano na równi z dwiema innymi fundamentalnymi zasadami ustrojowymi zasadą państwa demokratycznego i zasadą państwa sprawiedliwego).</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Doprecyzować przepis, prawo słusznie nabyte dotyczy uprawnień dotychczasowych kontrolerów. Nowy przepis powinien dotyczyć nowoprzyjętych kontrolerów. Prawo nie działa wstecz !</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – z treści legitymacji nie wynika uprawnienie do posiadania uprawnień zawodowych kontrolera. Nie skutkuje to nabyciem uprawnień do przeprowadzenia kontroli.</p>
124.	Art. 8 projektu ustawy	<p>Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego</p>	<p>Treść uwagi</p> <p>Art. 8: "Legitymacje wydane pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzającym kontrole przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie tej ustawy.",</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Lekarze zatrudnieni w kontroli przez 2 lata będą mieć poczucie "zawieszenia w</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – ustawa nie nakłada obowiązku przystępowania do egzaminu. Pracownik, który nie przystąpi do egzaminu w dalszym ciągu będzie mógł wykonywać niektóre</p>

			<p>próżni" i nie będą wiedzieć co się stanie z ich pracą. Do czasu wejścia w życie nowelizacji ustawy dobrze wykonywali swoje obowiązki, realizowali kontrole, narażali się na wyobcowanie ze środowiska, byli postrzegani jako nakładający kary finansowe i żądający zwrotu za świadczenia i zamiast być pod ochroną pracodawcy są po wejściu w życie ustawy "sprawdzani" nie wiadomo na jakich zasadach i dlaczego. Lekarze będą musieli podjąć decyzję: czy przez 2 lata pracować dalej w Funduszu ze świadomością, że muszą zdać egzamin, który i tak nie gwarantuje utrzymania pracy, bo mogą być odwołani z dnia na dzień, a potem nie znaleźć pracy, czy może lepiej odejść teraz do spokojniejszej i lepiej płatnej pracy w zawodzie niż przez 2 lata czekać na możliwość zatrudnienia będąc przez ten okres pozbawionym środków do życia. Wybór jest oczywisty. Zapis przyniesie tylko straty, a żadnej korzyści. Podobnie zapis może być odczytany przez osoby pracujące w kontroli i nie będące lekarzami.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreslić art.. 8</p>	<p>czynności kontrolne (61e ust. 2 projektu).</p>
125.	Art. 9 projektu ustawy	<p>Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego</p>	<p>Treść uwagi Art.. 9: "Pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia uprawnieni do wykonywania czynności kontrolnych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, którzy w dniu wejścia w życie tej ustawy spełniają warunki określone w art. 61x ust. 1 pkt 1-4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zachowują uprawnienia do wykonywania czynności, o których mowa w dziale IIIA ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy."</p> <p>Uzasadnienie Lekarze zatrudnieni w kontroli przez 2 lata będą mieć poczucie "zawieszenia w próżni" i nie będą wiedzieć co się stanie z ich pracą. Do czasu wejścia w życie nowelizacji ustawy dobrze wykonywali swoje obowiązki, realizowali kontrole, narażali się na wyobcowanie ze środowiska, byli postrzegani jako nakładający kary finansowe i żądający zwrotu za świadczenia i zamiast być pod ochroną pracodawcy są po wejściu w życie ustawy "sprawdzani" nie wiadomo na jakich zasadach i dlaczego. Lekarze będą musieli podjąć decyzję: czy przez 2 lata pracować dalej w Funduszu ze świadomością, że muszą zdać egzamin, który i tak nie gwarantuje utrzymania pracy, bo mogą być odwołani z dnia na dzień, a potem nie znaleźć pracy, czy może lepiej odejść teraz do spokojniejszej i lepiej płatnej pracy w zawodzie niż przez 2 lata czekać na możliwość zatrudnienia będąc przez ten okres pozbawionym środków do życia. Wybór jest oczywisty. Zapis przyniesie tylko straty, a żadnej korzyści. Podobnie zapis może być odczytany przez osoby pracujące w kontroli i nie będące lekarzami.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – ustawa nie nakłada obowiązku przystępowania do egzaminu. Pracownik, który nie przystąpi do egzaminu w dalszym ciągu będzie mógł wykonywać niektóre czynności kontrolne (61e ust. 2 projektu) i nadal będzie pozostawał pracownikiem Funduszu. Projektowana ustawa nie ingeruje w trwałość umowy o pracę tych osób.</p>

			Zmienić treść art. 9 na następującą: "Pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia uprawnieni do wykonywania czynności kontrolnych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, stają się z mocy prawa kontrolerami w rozumieniu przepisów ustawy" oraz w art. 61x dodat ust. o następującej treści: "Przepisy ust. 3 stosuje się do pracowników, którzy ubiegają się o pracę kontrolera z dniem następnym po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy".	
126.	Art. 9 projektu ustawy	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Art. 9 „Pracownicy (...) uprawnieni do wykonywania czynności kontrolnych przed wejściem w życie niniejszej ustawy, którzy w dniu wejścia w życie tej ustawy spełniają warunki określone w art. 61x ust. 1 pkt 1-4 ustawy zmienianej w art.1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zachowują uprawnienia do wykonywania czynności, o których mowa w dziale IIIA ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy”.</p> <p>Uzasadnienie Czy temu zapisowi towarzyszy troska o zapewnienie doświadczonej kadry kontrolerskiej, która przyczyni się do wzrostu efektywności postępowań kontrolnych, czy też jest to próba pozbycia się starych pracowników kontroli i pozyskanie nowych, ale na preferencyjnych zasadach. Kontynuacja zatrudnienia na czas określony osób, które pracują lata i mają umowy na czas nieokreślony, powodując poważne niepokoje społeczne, nie jest racjonalnym rozwiązaniem.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Skreślić i zredagować przepisy przejściowe dla wieloletnich kontrolerów wydziałów kontroli</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – nowy artykuł projektu dotyczący tych kwestii zakłada zachowanie uprawnień kontrolnych tylko określonej, najbardziej profesjonalnej grupie kontrolerów. Pracownik, który nie będzie objęty normą projektowanego przepisu nadal będzie pozostawał pracownikiem Funduszu. Projektowana ustawa nie ingeruje w trwałość umowy o pracę tych osób.</p>
127.	Art. 10 ust. 1 projektu ustawy	<p>Związek Zawodowy Lekarzy Ubezpieczenia Zdrowotnego</p>	<p>Treść uwagi Art.. 10: "1. Pierwszą komisję, o której mowa w art. 61x ust. 1 pkt 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powołuje w terminie trzech miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy spośród pracowników centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. 2. Osoby, o których mowa w ust. 1, stają się z mocy prawa z dniem powołania w skład komisji kontrolerami w rozumieniu przepisów ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.”.</p> <p>Uzasadnienie Dlaczego osoby powołane w skład komisji stają się z mocy prawa z dniem powołania w skład komisji kontrolerami w rozumieniu przepisów ustawy? Przepis bezpodstawnie promujący część pracowników.</p> <p>Proponowane rozwiązanie Utrzymać zapis tylko w przypadku przyjęcia ww. zmian w art.. 9 oraz art.. 61x o dodatkowy zapis.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – zakłada się, że osoby egzaminujące przyszłych kontrolerów posiadają najwyższe kwalifikacje, doświadczenie i zakres wiedzy, a ilość tych osób nie jest ograniczona.</p>

128.	Art. 12 projektu ustawy	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	<p>Treść uwagi</p> <p>W związku z planowaną zmianą w zakresie przyjęcia całego roku 2018 jako poprzedniego okresu rozliczeniowego do wyliczenia ryczału na rok 2019 rozważenia wymaga również dostosowanie tej zmiany do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pojęcia okresu obliczeniowego.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej bazują na pojęciu „okresu obliczeniowego”, która odpowiada ustawowemu pojęciu „poprzedniego okresu rozliczeniowego”. Proponowana zmiana odpowiada tym różnicom pojęciowym.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zmiana art. 12 projektu i uwzględnienie, że poprzednim okresem rozliczeniowym w rozumieniu art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 oraz <u>okresem obliczeniowym w rozumieniu</u> przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, są dwa okresy rozliczeniowe 2018 r. łącznie.</p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem zmianę art. 12 projektu i nadanie mu brzmienia:</p> <p>„Art. 12. Przy ustalaniu ryczału systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, na okres rozliczeniowy 2019 r. przyjmuje się, że poprzednim okresem rozliczeniowym w rozumieniu art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 oraz okresem obliczeniowym w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, są dwa okresy rozliczeniowe 2018 r. łącznie.”.</p>	<p>Uwaga niezasadna</p> <p>Projektowany przepis jest wystarczająco precyzyjny. Odwołanie w jego treści do rozporządzenia określającego szczegółowy sposób kalkulacji ryczału PSZ i użytej tam terminologii niczego nie wnosi do jego zawartości normatywnej, a ponadto byłoby niezgodne z zasadami legislacji.</p>
129.	Art. 14 i 15 projektu ustawy	Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej	<p>Przepis przejściowy w związku z proponowanym brzmieniem art. 3 pkt 14b, art. 33a, art. 34 pkt 1a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>W projektowanych przepisach przewidziano upoważnienie dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego minimalną funkcjonalność SIOK oraz warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych, a także niezbędne wyposażenie o charakterze infrastrukturalnym i technicznym. Doprowadzi to do konieczności wydania i ogłoszenia nowego aktu wykonawczego w terminie do dnia 31 grudnia 2020 r.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Art. 14. Do dnia 1 stycznia 2027 r. administratorem SIOK oraz administratorem danych przetwarzanych w SIOK, o którym mowa w art. 33a ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4,</p>	<p>Uwaga uwzględniona – jednakże zmodyfikowano jej zakres.</p>

			<p>w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.</p> <p>2. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2020 r. wydatki związane z utworzeniem SIOK i jego wdrożeniem w szpitalnych oddziałach ratunkowych mogą być dofinansowane z dotacji celowej z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym, o którym mowa w ust. 1.</p> <p>3. W okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, odbywa się z dotacji celowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym, o którym mowa w ust. 1.</p> <p>Przepis o wejściu ustawy w życie:</p> <p>Art. 15. Ustawa wchodzi w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) art. 12 i art. 13, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia; 2) art. 4 pkt 2 i 5, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.; 3) art. 1 pkt 13, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.; 4) art. 4 pkt 1, 3 w zakresie art. 33a ust. 1-4 oraz pkt 4 i art. 14, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.; 5) art. 4 pkt 3 w zakresie art. 33a ust. 5, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r. 	
130.	Propozycja zmiany w art. 136c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	<p>Treść uwagi</p> <p>Proponuje się uzupełnienie zasad zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) o możliwość zwiększenia ryczałtu także w sytuacji, gdy u świadczeniodawcy posiadającego umowę z Funduszem likwidowany jest oddział szpitalny, a umowa w odpowiednim zakresie świadczeń zostaje rozwiązana, i zachodzi potrzeba zwiększenia ilości świadczeń do wykonania przez świadczeniodawców, którzy zabezpieczą albo faktycznie już zabezpieczają ich udzielanie po zlikwidowanym miejscu (oddziale).</p>	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.

	publicznych	<p>Uzasadnienie</p> <p>Likwidacja oddziałów szpitalnych wymaga z jednej strony podjęcia przez Oddział Funduszu działań zmierzających do zabezpieczenia udzielania świadczeń w odpowiednim ich zakresie, z drugiej strony z taką likwidacją miejsca udzielania świadczeń może wiązać się zapotrzebowanie (wynikające z map potrzeb zdrowotnych) zwiększenia ilości świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców realizujących tożsame zakresowo świadczenia. Oddział Funduszu dostrzega w tym zakresie zasadność ustawowego rozszerzenia katalogu przypadków, w których stosowany winien być współczynnik D_1, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1783 z późn. zm.). Wydaje się bowiem, że korzystanie w opisanej sytuacji z podstawy „zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy” może pozostawiać wątpliwości. Wskazania na marginesie wymaga, że Oddział Funduszu musiał zmierzać się już dwukrotnie z sytuacją likwidacji oddziałów przez innych świadczeniodawców i koniecznością częściowego zabezpieczenia świadczeń. Zaznaczenia przy tym wymaga, że zastosowanie innych regulacji (współczynników) zwiększenia ilości świadczeń ryczałtowych nie wydaje się rozwiązaniem wystarczającym na takie właśnie, wyżej opisane potrzeby.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zmiana w art. 136c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ust. 4:</p> <p>„4. Przy ustalaniu wysokości ryczału systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy <u>lub ilości udzielanych świadczeń wskutek rozwiązania zawartej z innym świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tożsamym zakresie, jeśli taka potrzeba wynika z map potrzeb zdrowotnych albo potrzeb epidemiologicznych</u>, którą to zmianą będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczału.”.</p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem dodanie w art. 1 projektu po pkt 11 dodatkowego pkt w brzmieniu:</p> <p>„ ...) w art. 136 ust. 4 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„4. Przy ustalaniu wysokości ryczału systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą</p>	
--	-------------	---	--

			<p>zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy lub ilości udzielanych świadczeń wskutek rozwiązania zawartej z innym świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tożsamym zakresie, jeśli taka potrzeba wynika z map potrzeb zdrowotnych albo potrzeb epidemiologicznych, która to zmiana będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu.”;”.</p> <p>W art. 1 projektu po pkt 11 kolejne jednostki redakcyjne (pkt) wymagałyby zmiany numeracji (uwaga aktualna również w l.p. 4 i 5 niniejszych uwag).</p>	
131.	<p>Propozycja zmiany w art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p>	<p>Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść uwagi Proponuje się jednoznaczne uregulowanie podstawy unieważnienia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy w postępowaniu tym od początku bierze udział tylko jedna oferta – uwaga wynika z orzecznictwa sądów, interpretującego przepisy art. 150 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 jako obligujące do unieważnienia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wskutek odrzucenia ofert w postępowaniu tym pozostała jedna oferta i z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert wpłynęło więcej ofert (co de facto występuje w każdej sytuacji odrzucenia co najmniej jednej oferty i to z każdej przyczyny poza wskazaną w art. 149 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).</p> <p>Uzasadnienie Zmiana pozwoli na uniknięcie wątpliwości co do sytuacji, gdy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej złożone zostały co najmniej dwie oferty, natomiast po odrzuceniu innych pozostała w nim tylko jedna. Orzecznictwo sądów cywilnych (zob. wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 10 listopada 2017 r. sygn. V CSK 57/17) i administracyjnych (zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 27 sierpnia 2014 r. sygn. IV SA/Po 589/14, wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016 roku sygn. II GSK 2623/14) przekonuje, że w sytuacji, gdy w postępowaniu wpłynęło kilka ofert, a w wyniku odrzuceń pozostała w nim jedna oferta, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązany jest unieważnić postępowanie konkursowe (do unieważnienia postępowania w sprawie zawarcia umowy dojść winno zatem zarówno w sytuacji, gdy wpłynęła tylko jedna oferta spełniająca ustawowe wymagania, a z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert wpłynęło więcej ofert, jak i gdy wpłynęło więcej ofert, z których tylko jedna nie została odrzucona). Zachodzą przy tym uzasadnione wątpliwości co do takiego właśnie <i>ratio legis</i> przedmiotowych przepisów.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.</p>

			<p>Zmiana w art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ust. 1 pkt 2:</p> <p>„1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:</p> <p>(...)</p> <p>2) wpłynęła jedna oferta <u>i nie podlega ona odrzuceniu</u>, z zastrzeżeniem ust. 2;”</p> <p>oraz w ust. 2:</p> <p>„2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta <u>i nie podlega ona odrzuceniu</u>, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.”.</p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem dodanie w art. 1 projektu po pkt wskazanym w l.p. 3 niniejszych uwag kolejnego pkt w brzmieniu:</p> <p>„ ...) w art. 150:</p> <p>a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2) wpłynęła jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;”</p> <p>oraz w ust. 2”</p> <p>b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.”.</p>	
132.	<p>Propozycja zmiany w art. 161a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p>	<p>Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść uwagi</p> <p>Proponuje się wyłączenie spod kontraktowania świadczeń w drodze konkursu ofert lub rokowań zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w przypadku konieczności zawarcia takiej umowy z podmiotem będącym samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową lub spółką kapitałową z co najmniej 51% udziałem Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, który byłby wskazany w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, wprowadzono przepisy regulujące tzw. „upaństwowienie” systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Z uwagi, iż głównym celem Państwa jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, ustawodawca zdecydował o wzmocnieniu roli podmiotów publicznych w realizacji powyższych zadań. Zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewiduje realizację</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.</p>

		<p>umów na świadczenia zdrowotne w rodzaju ratownictwo medyczne przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowym lub spółki kapitałowe z co najmniej 51% udziałem Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, przy czym do dnia 31 grudnia 2020 r. umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego mogą być zawarte z podmiotami nie spełniającymi ww. kryteriów.</p> <p>Mając na uwadze, iż zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym to wojewoda jest organizatorem systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa, celowym jest przyjęcie konstrukcji odstąpienia od zawierania umów w trybie konkursu ofert lub rokowań na rzecz zawierania umów z podmiotami leczniczymi wskazanymi przez wojewodów w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przyjęcie takiego modelu pozwoli wojewodom na realne wykonywanie uprawnień organizatora systemu, który dotychczas nie miał wpływu na dobór dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, których zadania finansuje. Intencją pozostaje, by podmioty realizujące świadczenia zespołów ratownictwa medycznego mogły porozumiewać się z innymi świadczeniodawcami gotowymi do udzielania przedmiotowych świadczeń czy to w drodze umów o podwykonawstwo czy konstrukcji konsorcjum. Do rozważenia pozostaje ewentualne wskazanie obowiązku porozumienia się z podmiotami realizującymi obecnie świadczenia zespołów ratownictwa medycznego.</p> <p>Powyższe rozwiązanie jest tym bardziej uzasadnione, iż z dniem 1 stycznia 2020 r. dyspozytorzy medyczni wykonujący zadania dyspozytora medycznego u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, staną się pracownikami urzędów wojewódzkich (z wyłączeniem tych, którzy na zmianę taką nie wyrażą zgody) a dyspozytornie medyczne staną się składową urzędów wojewódzkich, co wprost wskazuje na dążenie ustawodawcy do pełnego „upaństwowienia” systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.</p> <p>Zaznaczenia wymaga, że propozycja zmiany podobna jest do regulacji opracowanej w treści projektu z dnia 14 października 2016 r. ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zmiana w art. 161a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nadanie mu nowego, następującego brzmienia:</p> <p>„Art. 161a</p> <p><u>1. Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach</u></p>	
--	--	--	--

		<p><u>ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, na obszarze, do którego w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie wskazano żadnego podmiotu leczniczego, stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.</u></p> <p><u>2. Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania ze świadczeniodawcami uwzględnionymi w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r o Państwowym Ratownictwie Medycznym, umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.</u></p> <p><u>3. Ze świadczeniodawcą uwzględnionym w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.</u></p> <p><u>4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 3.”.</u></p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem dodanie w art. 1 projektu po pkt wskazanym w l.p. 4 niniejszych uwag kolejnego pkt w brzmieniu:</p> <p>„ ...) art. 161a otrzymuje brzmienie:</p> <p>„Art. 161a</p> <p>1. Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, na obszarze, do którego w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie wskazano żadnego podmiotu leczniczego, stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.</p> <p>2. Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania ze świadczeniodawcami uwzględnionymi w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r o Państwowym Ratownictwie Medycznym, umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.</p>	
--	--	--	--

			<p>3. Ze świadczeniodawcą uwzględnionym w wykazie, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.</p> <p>4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 3.”.</p>	
133.	Propozycja zmiany w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	<p>Treść uwagi W związku z uwagą dotyczącą propozycji zmiany art. 161a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych proponuje się odpowiednią zmianę ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym</p> <p>Uzasadnienie Jak w uwadze dotyczącej propozycji zmiany art. 161a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Proponowane rozwiązanie Zmiana w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w ust. 1 poprzez dodanie w nim pkt 1a w brzmieniu: „1a) wykaz podmiotów leczniczych, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowy na wykonywanie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego na określone rejony operacyjne;”.</p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem zmianę art. 4 projektu i dodanie w nim przed dotychczasowym pkt 1 odrębnego punktu w brzmieniu: „1) w art. 21 w ust. 1 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu: „1a) wykaz podmiotów leczniczych, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowy na wykonywanie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego na określone rejony operacyjne;”;</p> <p>Pkt 1-3 obecnego brzmienia art. 4 projektu wymagałyby odpowiedniej zmiany numeracji, która z kolei uwzględniona musiałaby zostać w brzmieniu przepisu ustalającego wejście w życie poszczególnych przepisów ustawy zmieniającej (obecnie art. 14 projektu).</p>	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.
134.	Propozycja zmiany art. 17 ustawy z dnia 19	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego	<p>Treść uwagi Proponuje się dokonanie przy okazji projektowanej nowelizacji, także zmiany ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 z późn. zm.) skutkującej przyjęciem, że wykonywanie pracy w Narodowym</p>	Uwaga nieuwzględniona – poza zakresem regulacji.

<p>kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 z późn. zm.)</p>	<p>Funduszu Zdrowia</p>	<p>Funduszu Zdrowia nie stanowi przerwy w wykonywaniu zawodu farmaceuty.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Zasadne wydaje się zbliżenie sytuacji farmaceutów zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia do sytuacji zatrudnionych tam lekarzy, lekarzy dentyistów czy pielęgniarek. W aktualnym stanie prawnym (zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich) podjęcie pracy w aptecę ogólnodostępnej przez magistra farmacji po zakończeniu zatrudnienia w Funduszu trwającego powyżej 5 lat, wymaga odbycia płatnego przeszkolenia uzupełniającego trwającego do 6 miesięcy. Koszt przeszkolenia ponosi farmaceuta odbywający przeszkolenie (w myśl art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, a warunki odbywania przeszkolenia uzupełniającego określa umowa zawarta przez farmaceutę z podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające, wskazanym przez okręgową radę aptekarską (o czym stanowi art. 17 ust. 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich). Sytuacja może mieć istotny wpływ na prowadzoną przez NFZ rekrutację wykwalifikowanych specjalistów do spraw obrotu lekami - magistrów farmacji z doświadczeniem zawodowym, ponieważ osoba podejmująca pracę liczyć musi się z pewnym ograniczeniem powrotu do wykonywania zawodu. Należy także zwrócić uwagę, iż Izba Aptekarska jest organem reprezentującym ogół aptekarzy czyli podmioty rozliczane przez NFZ i podlegające działaniom kontrolnym NFZ. Potencjalnie, wyobrazić sobie można zagrożenie bezstronności pracownika NFZ będącego magistrzem farmacji, w przypadku ewentualnej planowanej zmiany zatrudnienia, wobec podmiotów prowadzących apteki i członków izby aptekarskiej.</p> <p>Proponowane rozwiązanie</p> <p>Zmiana w art. 17 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich w ust. 2 poprzez dodanie w nim pkt 3a w brzmieniu:</p> <p><u>„3a) pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach której wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej lub wystawianiem i realizacją recept refundowanych;”.</u></p> <p>Oddział Funduszu proponuje zatem dodanie po art. 6 dodatkowego artykułu w brzmieniu:</p> <p>„Art. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1496 z późn. zm.) w art. 17 w ust. 2 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:</p> <p>„3a) pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki</p>	
--	-------------------------	---	--

			<p>zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach której wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej lub wystawianiem i realizacją recept refundowanych;”.”.</p> <p>Art. 6-14 obecnego brzmienia projektu wymagałyby odpowiedniej zmiany numeracji, która z kolei uwzględniona musiałaby zostać w brzmieniu przepisu ustalającego wejście w życie poszczególnych przepisów ustawy zmieniającej (obecnie art. 14 projektu).</p>	
135.	Uwaga ogólna	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej	<p>Projekt ustawy wprowadza daleko posunięty rygoryzm postępowań kontrolnych prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozwiązania szczegółowe zawarte w opiniowanym projekcie zmierzają w kierunku przeciwnym, niż regulacje wprowadzone do porządku prawnego ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców. Ustawa – Prawo przedsiębiorców określając zasady kontroli przedsiębiorców uwzględnia ich prawa w toku kontroli oraz wprowadza ograniczenia, które mają zapewnić, że prowadzona kontrola nie będzie w istotny sposób zakłócać normalnego funkcjonowania przedsiębiorcy. Opiniowany projekt utrzymuje stan, w którym w stosunku do świadczeniodawców będących przedsiębiorcami wyłączone jest stosowanie przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców dotyczących ograniczeń jednoczesnego prowadzenia kilku kontroli oraz ograniczeń czasu trwania kontroli. Przewidziane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw kompetencje kontrolne oraz zasady prowadzenia kontroli czynią z Narodowego Funduszu Zdrowia nadzwyczajną instytucję kontrolną działalności świadczeniodawców.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona - Generalne wyłączenie ustawy o świadczeniach w art. 65 ustawy prawo przedsiębiorców. Zaproponowano nowe brzmienie art. 65 wynikające z konieczności równego traktowania wszystkich podmiotów podlegających kontroli NFZ. Jednocześnie dostosowano przepisy projektu ustawy do standardów wynikających z prawa przedsiębiorców w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celów i specyfiki kontroli wydatkowania środków publicznych.</p>
136.	Uwaga ogólna	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Zaproponowany projekt nie uwzględnia faktu, że podmiot wykonujący działalność leczniczą może wykonywać także inną działalność, nie mającą nic wspólnego z zawartą z NFZ umową.</p> <p>Federacja wnosi o spotkanie celem przedyskutowania proponowanego projektu.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – projektowana ustawa nie dotyczy działalności leczniczej nieobjętej umową z NFZ.</p>
137.	Uwaga ogólna do utworzenia korpusu kontrolerskiego	Porozumienie Zielonogórskie	<p>Głównym założeniem ustawy, co wynika z przedstawionego uzasadnienia, jest przeniesienie kontroli realizowanej przez NFZ z poziomu oddziałów wojewódzkich na poziom centrali NFZ i utworzenie korpusu kontrolerskiego. Ta idea jest kontrowersyjna. Wskazywana w uzasadnieniu projektu ustawy jakoby bolączka dotychczasowego systemu - iż kontrole realizowane przez oddziały wojewódzkie nie są efektywne, różnią się poszczególnych województwach, itd. - nie wydaje się rzeczywista.</p> <p>Utworzenie korpusu kontrolerskiego skutkować będzie bowiem tym, iż osoby</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona – celem kontroli jest zapewnienie pacjentem właściwej jakości oraz dostępności udzielanych świadczeń.</p>

			<p>zajmujące się wyłącznie kontrolami będą dawać "duże zyski dla Funduszu" (co zakłada uzasadnienie projektu), W rzeczywistości oznacza to więc nastawienie osób zajmujących się wyłącznie kontrolami na generowanie jak największych zysków dla Funduszu - a więc nakładanie maksymalnie wysokich kar na świadczeniodawców.</p> <p>Cała ustawa sprawia wrażenie, jakoby była ukierunkowana na ten właśnie cel Zdaniem Federacji słusznym byłoby pozostawienie kontroli na poziomie województw, jeżeli już podporządkowuje się kontrolę Prezesowi, to kontrole winien przeprowadzać Fundusz, a nie Prezes, który jest jedynie organem osoby prawnej. Zdaniem Federacji proponowane zmiany ograniczają prawa podmiotów kontrolowanych. .</p> <p>Przepisy wprowadzają uprawnienia dla Prezesa nieadekwatne do jego roli i funkcji w porządku prawnym państwa i obowiązków jakie na nim ciąży.</p>	
138.	Uwagi ogólne	Lewiatan	<p>I. Kluczowe wnioski/postulaty zawarte w stanowisku</p> <p>1. Pozytywnie oceniamy propozycję ujednoczenia zasad kontroli prowadzonych przez organy władzy publicznej w zakresie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>2. Obawy budzą zbyt niejednoznaczne i nieprecyzyjne przepisy, które w konsekwencji mogą prowadzić do zwiększenia uprawnień NFZ wobec podmiotów kontrolowanych, a zaznaczenia wymaga, że już obecnie NFZ posiada pozycję dominującą w tym obszarze.</p> <p>3. Wprowadzenie kontroli opartej na zasadach kontroli określonych w Prawie przedsiębiorców. II. Uwagi ogólne do projektu</p> <p>1. Projekt wprowadza przepisy mające na celu ujednoczenie zasad prowadzenia kontroli. Niemniej projektodawca zupełnie pomija fakt, że kontrola prowadzona przez NFZ dotyczy sprawdzenia rzetelności i zgodności z prawem realizacji umowy, którą płatnik publiczny zawiera z podmiotem leczniczym (zwanym świadczeniodawcą), ale z uwagi, że prowadzona jest przez organ władzy publicznej powinna w znacznym stopniu uwzględniać zasady wprowadzone w Prawie przedsiębiorców.</p> <p>2. Lektura projektu wskazuje, że projektodawca posługuje się pojęciami nieostrymi uniemożliwiając jednoznaczne i precyzyjne określenie zakresu zadań i uprawnień Prezesa Funduszu. Natomiast zgodnie z doktryną i ugruntowanym orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego w przypadku tworzenia przepisów ograniczających jedno dobro konstytucyjne na rzecz innego dobra - należy uwzględniać zasady pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i prawa.</p> <p>3. Niezrozumiałe jest również wprowadzenie zmian odbierających podmiotom kontrolowanym możliwość złożenia zastrzeżeń do protokołu czy określona obecnie w art. 64 ust. 6b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej możliwość podjęcia</p>	<p>Uwagi częściowo uwzględnione</p> <p>– przepisy projektowanej ustawy zostały doprecyzowane. Generalne wyłączenie ustawy o świadczeniach w art. 65 ustawy prawo przedsiębiorców. Zaproponowano nowe brzmienie art. 65 wynikające z konieczności równego traktowania wszystkich podmiotów podlegających kontroli NFZ. Jednocześnie dostosowano przepisy projektu ustawy do standardów wynikających z prawa przedsiębiorców w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celów i specyfiki kontroli wydatkowania środków publicznych.</p>

			<p>dodatkowych czynności kontrolnych w przypadku przedstawienia zastrzeżeń pokontrolnych.</p>	
139.	Uwaga ogólna	Zespół Pracodawców Business Centre Club	<p>Opinia ZP BCC do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Analiza projektowanych zmian daje podstawy do stwierdzenia, że godzą one w świadczeniodawców. Proponowane zmiany oznaczają jeszcze więcej kontroli, szybciej przeprowadzanych, aby jak najwięcej pieniędzy uzyskać od podmiotów, których misją jest ratowanie życia i leczenie pacjentów. Leczenie, którego potrzebuje każdy obywatel, powinno być ze strony państwa wspomagane i dawać podmiotom narzędzia do tego, aby było ono szybsze i bardziej efektywne. Tymczasem, NFZ otrzymuje w zasadzie prerogatywy do karania bez kontroli, tylko na podstawie zdalnej weryfikacji. Kontrolerzy otrzymują swobodne uprawnienia i mnóstwo instrumentów kontrolnych, podczas gdy świadczeniodawcom dokłada się obowiązków i wymagań w zakresie posiadanych zasobów sprzętowych, kadrowych i teleinformatycznych. Nakłada się również nowe obowiązki płacowe związane z różnymi podwyżkami wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia, nie dając nic w zamian świadczeniodawcom, aby poprawić ich sytuację finansową. Zamiast wspomagać świadczeniodawców, którzy są gwarantem opieki zdrowotnej dla obywateli, konstruuje się przepisy coraz bardziej ich pogrążające. Każda ostatnia, nowa regulacja w zakresie działalności podmiotów leczniczych to kolejny krok do zwiększenia zadłużenia podmiotów i utrudnienia prowadzonej działalności. Skutkiem będzie zabranie podmiotom środków finansowych przeznaczonych na leczenie pacjentów, powodując dalsze ograniczenie dostępu do świadczeń i jeszcze dłuższe kolejki oczekujących.</p> <p>Szczegółowe uwagi BCC:</p> <p>W art. 1 projektowanej ustawy zaproponowano zmiany w ustawie o świadczeniach. W miejsce dotychczasowej regulacji art. 64, określającego zakres i tryb kontroli realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono Dział IIIA, regulujący kompleksowo ten obszar działalności Funduszu przez ujęcie w regulacjach również kontroli ordynacji leków i kontroli aptek. Projektowane zmiany w obszarze kontroli obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przeniesienie uprawnień kontrolnych Funduszu na poziom Prezesa Funduszu - w dotychczasowych regulacjach realizacja kontroli jest zadaniem dyrektorów oddziałów, a kompetencja kontrolna Prezesa Funduszu jest ograniczona do sytuacji wyjątkowych. 2) utworzenia korpusu kontrolerskiego - w dotychczasowych regulacjach kontrolerzy zatrudnieni w Funduszu nie są objęci żadnymi szczególnymi regulacjami dotyczącymi wymogów szkoleniowych, posiadania uprawnień 	<p>Uwaga nieuwzględniona – celem projektowanej regulacji jest zapewnienie spójnych, jasnych, powszechnych regulacji dotyczących kontroli przeprowadzanej przez NFZ. Fundusz jako publiczny płatnik stoi na straży wydatkowania środków publicznych.</p>

		<p>kontrolerskich (na kształt profesjonalnej kadry kontrolerskiej Najwyższej Izby Kontroli, czy Krajowej Administracji Skarbowej).</p> <p>3) przeniesienie podległości służbowej pracowników kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu do struktur centrali Funduszu, gdyż zgodnie z dotychczasowymi regulacjami realizacja kontroli jest zadaniem dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Utworzenie korpusu kontrolerskiego i skupienie uprawnień kontrolnych na poziomie Prezesa Funduszu ma na celu wzmocnienie roli kontroli w działalności Funduszu. Projektowane przepisy umożliwią to, aby wszyscy pracownicy kontroli stali się pracownikami zatrudnionymi w strukturze centrali Funduszu i tym samym realizowali politykę kontrolną Prezesa Funduszu. Zmiana ta ma na celu zarówno unifikację realizacji zadań i ocen podmiotów kontrolowanych, jak i ocen pracy kontrolerów. Obecny system, co potwierdziły kontrole instytucjonalne oddziałów wojewódzkich, nie daje takich gwarancji. Zarówno dobór prób, oceny, jak i skutki kontroli różnią się w zależności od oddziału prowadzącego kontrolę. Włączenie wydziałów kontroli w struktury Departamentu Kontroli centrali Funduszu ma wyeliminować te nierówności.</p> <p>4) ujednoczenie trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych - dotychczasowe regulacje ustawy o świadczeniach i ustawy refundacyjnej w odmienny sposób regulują tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli ordynacji leków i kontroli aptek. Utrzymanie odmienności rozwiązań jest w ocenie projektodawcy niezasadne i nieuzasadnione merytorycznie, skutkuje bowiem zróżnicowanym trybem odwoławczym dla kontrolowanych podmiotów, gdyż w przypadku aptek zawierają powtórzenia przez prawodawcę uprawnień do trybu odwoławczego do Prezesa Funduszu (odwołania). Prawo w tym zakresie wynika bowiem z art. 42 ustawy refundacyjnej (zażalenie). Przepis art. 42 ust. 1 ustawy o refundacji daje podmiotowi prowadzącemu aptekę uprawnienie do złożenia zażalenia na czynności związane z realizacją umowy, a zatem również możliwość złożenia zażalenia od wyników kontroli (w tym zaleceń pokontrolnych). Dlatego też niecelowe jest powtarzanie tego uprawnienia w ust. 16, w sposób odrębny, jako „odwołania” do Prezesa Funduszu.</p> <p>Regulacja ta wprowadza ustawową podstawę pozwalającą na realizację kontroli refundacji przez - działających z upoważnienia Prezesa Funduszu, np.: pracowników centrali Funduszu - co w dotychczasowej regulacji było ograniczone tylko do uprawnień dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;</p> <p>5) ograniczenie dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego. Zaproponowane zmiany wynikają z długotrwałego postępowania kontrolnego związanego z koniecznością sporządzania protokołu kontroli (zawiera ustalenia stanu faktycznego), przy którym zawarte jest prawo do złożenia zastrzeżeń do protokołu (w terminie 7 dni oraz 14</p>	
--	--	---	--

		<p>dni na ich rozpatrzenie), a następnie obowiązek sporządzenia wystąpienia pokontrolnego (zawiera ocenę i ewentualne zalecenia pokontrolne), do którego podmiot kontrolowany ponownie ma prawo złożenia zastrzeżeń (w terminie 7 dni oraz 14 dni na ich rozpatrzenie). Zaproponowane zmiany mają na celu:</p> <p>a) wprowadzenie jednego dokumentu z kontroli, tj. wystąpienia pokontrolnego, zawierającego ustalenia stanu faktycznego oraz ocenę skontrolowanej działalności oraz ewentualne zalecenia pokontrolne - umożliwi to jednocześnie zapoznanie się podmiotu kontrolowanego zarówno z ustaleniami, jak i z oceną skontrolowanej działalności,</p> <p>b) usprawnienie i istotne skrócenie czasu na przeprowadzenie jednostkowej kontroli co najmniej o połowę w odniesieniu do obecnie obowiązującego trybu. Wprowadzenie jednego dokumentu pokontrolnego skróci czas procedowania od momentu wszczęcia kontroli do jej zakończenia o około 30 dni, licząc maksymalny czas na złożenie uwag do protokołu i udzielenie odpowiedzi. Bezpośrednio wpłynie to na liczbę przeprowadzonych kontroli. Dodatkowo można założyć, że gromadzenie ustaleń w jednym dokumencie i skrócenie trybu odwoławczego wpłynie na jakość ustaleń;</p> <p>Uwaga w odniesieniu do całego punktu 5): Skrócenie czasu trwania kontroli będzie także skutkowało szybszym o ok. 15-30 dni dokonaniem płatności ewentualnych kar i zwrotów środków - zmiana niekorzystna dla finansów świadczeniodawców.</p> <p>7) ponadto, projektowane regulacje przewidują następujące instrumenty usprawniające prowadzenie procesu kontrolnego i realizujące zasadę ekonomiki procesu kontroli:</p> <p>a) utworzenie trybu umożliwiającego uproszczoną weryfikację danych i wyciąganie w oparciu o tak powzięte ustalenia konsekwencji wobec podmiotów kontrolowanych (dodawane do ustawy o świadczeniach art. 61v i 61w),</p> <p>b) wprowadzenie trybu kontroli „na legitymację” umożliwiającego rozpoczęcie kontroli bez zawiadomienia w sytuacjach enumeratywnie wymienionych w projekcie ustawy,</p> <p>c) umożliwienie wykorzystania w procesie kontroli informacji zgromadzonych przed wszczęciem postępowania kontrolnego - projektowana regulacja wpłynie na efektywność realizowanych zadań kontrolnych. Dotychczasowa regulacja w znacznym stopniu spowalnia proces kontroli, uniemożliwiając wykorzystanie wyników kontroli przeprowadzonych przez inne instytucje kontrolne, a nawet przez sam Fundusz (obecnie mogą być wykorzystane materiały uzyskane tylko w danej kontroli),</p> <p>d) uzyskanie nieodpłatnych informacji zgromadzonych w aktach spraw,</p>	
--	--	---	--

			<p>zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach przez organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne oraz państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne, w tym również z informacji zapisanych w postaci elektronicznej, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów. Ponadto wprowadzono obowiązek współdziałania z Prezesem Funduszu organów administracji rządowej i samorządowej, państwowych i samorządowych osób prawnych oraz państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych, które będą udzielać Prezesowi Funduszu pomocy przy wykonywaniu zadań kontrolnych. Projektowany przepis ma na celu stworzenie dla Funduszu drogi dostępu do danych zawartych w zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach prowadzonych przez podmioty dotychczas nie zobligowane do udostępniania danych Funduszowi. Dostęp do tych zasobów przyczyni się do możliwości zestawiania danych a w efekcie do podejmowania przez Fundusz działań o charakterze uszczelniającym gospodarkę finansową Funduszu. Należy jednak podkreślić, iż przy wykonywaniu zadań kontrolnych Prezes Funduszu nie będzie mógł żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są one możliwe do ustalenia przez Fundusz samodzielnie,</p> <p>e) uzyskanie informacji o wynikach z innych kontroli i inspekcji przeprowadzonych w jednostkach administracji rządowej i samorządzie terytorialnym;</p> <p>W odniesieniu do punktu 7) zdaniem BCC jest to niekorzystne dla świadczeniodawców wprowadzenie trybu kontroli „na legitymację” Nie zgłaszamy uwag w odniesieniu do punktów 6) oraz 8).</p>	
140.	Uwagi ogólne	<p>Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”</p> <p>Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Narodowym Funduszu Zdrowia</p>	<p>Treść</p> <p>Nie można przekopiować zasad przeprowadzania kontroli z ustawy o NIK i odnieść ich do kontroli przeprowadzanych przez NFZ bez znajomości tej specyfiki. Błędy legislacyjne przyjęte jako norma wpłyną negatywnie na interpretację ich stosowania: 1). Analiza treści proponowanej zmiany, która ma zostać dokonana w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.), wskazuje, iż w przepisach prawa rangi ustawowej ma nastąpić bardzo szczegółowy opis zadań i sposobu przeprowadzania kontroli u świadczeniodawcy. Proponowane unormowanie jest zbyt szczegółowe, co oznacza, że część jego elementów należałoby przenieść do stosownego rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Tym samym błędnym jest uchylanie art. 64 ustawy o świadczeniach, gdyż należałoby go zmodyfikować, w taki sposób, aby wpisać Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jako organ prowadzący kontrolę u świadczeniodawców lub Narodowy Fundusz Zdrowia (państwową jednostkę</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano przepisy projektowanej ustawy. Tylko część rozwiązań wzorowana jest na regulacjach kontrolnych NIK.</p>

		<p>organizacyjną posiadającą osobowość prawną). Bardziej optymalnym rozwiązaniem byłoby wpisanie Narodowego Funduszu Zdrowia, jako prowadzącego kontrolę u świadczeniodawców/ osób uprawnionych/ w aptekach ponieważ daje to swobodę interpretacyjną w sprawie. Natomiast szczegóły przebiegu kontroli, kwestie statusu kontrolera oraz organu uprawnionego do kontroli należałoby zawrzeć w rozporządzeniu Ministra Zdrowia określającego szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Przedstawiony do konsultacji społecznych projekt, w części dotyczącej korpusu kontrolerskiego jest przygotowany chaotycznie i bez dobrej znajomości specyfiki postępowań kontrolnych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jest przygotowany w pośpiechu, o czym świadczą błędy, wątpliwości interpretacyjne i zapisy niezgodne z obowiązującymi przepisami, jak to przedstawiono, w tabeli powyżej. Do jednych zagadnień odnosi się zbyt szczegółowo, a do innych, zasygnalizowanych w projekcie, wcale (np. tryb uproszczony kontroli (zasady, w tym zmiana na tryb zwykły), kontrola wspólna (oddziały, kontroler delegowany).</p> <p>2). Niezrozumiałe jest, w proponowanym art. 61x ust. 6 pkt. 4 w/w ustawy, stwierdzenie, iż Prezes NFZ odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę która naruszyła w stopniu ciężkim obowiązki pracownicze, <u>w szczególności realizował kontrolę w sposób powtarzalny kwestionując wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru</u>, pomijając naruszenia istotne. W jaki sposób można stwierdzić prowadzenie kontroli w sposób powtarzalny ?</p> <p>Odwołanie kontrolera z przyczyn „realizacji kontroli w sposób powtarzalny ...”, żywcem przepisane z ustawy NIK, jest nie do przyjęcia. Kontrole dotyczące jednego obszaru działania podmiotów są powtarzalne i powinny być powtarzalne ze względu na ich charakter, wiedzę medyczną oraz przepisy, które jednoznacznie wskazują sposób rozliczania, czy też ordynowania leków. Kontrole są prowadzone od wielu lat. Podmioty korygują się i w wielu przypadkach wynik kontroli, z tego właśnie powodu, jest powtarzalny.</p> <p>Pracownicy wydziałów kontroli, w tym pracownicy medyczni, niejednokrotnie z bardzo długim stażem pracy, zgłaszają brak akceptacji zapisów ustawy niezapewniającej ciągłości pracy w strukturach NFZ. Oznaczenie jako stabilnego okresu tylko 2-ch lat a później „powołanie” lub „nie” stworzyło sytuację, że już w chwili obecnej zgłaszają się osoby, które chcą pozostać w oddziale i korzystać z praw jakie daje im umowę o pracę zawarta na czas nieokreślony. W komentarzach pracowniczych przewija się rozgoryczenie i złość, że przez lata pracy w ubezpieczeniach zdrowotnych, za lojalność „dziękuje się” stabilizacją przez okres 2-ch lat! Kto przeszkoli nowo przyjęty personel kontrolerski ? Nie ma instytucji, ani szkoleń które by przygotowały nowoprzyjętych kontrolerów do pracy „na zarządzeniach Prezesa NFZ”, w kontekście prawidłowego rozliczania świadczeń i</p>	
--	--	--	--

		<p>realizacji innych rozlicznych zadań z zakresu zawartych umów. Czy to oni przejmą ciężar szkolenia kadry kontrolerskiej. A za 2 lata można im będzie podziękować za pracę ?</p> <p><u>Nie będzie naszej zgody na faktyczne pozbawienie pracowników praw nabytych !</u></p> <p>Brak jasnych przepisów przejściowych dla dotychczasowych pracowników kontroli i nadania im statusu kontrolera po spełnieniu określonych wymagań, gdzie pracownik centrali NFZ powołany do komisji egzaminacyjnej <u>staje się kontrolerem z chwilą wejścia przepisów regulujących proces kontroli</u> (Art. 10 ust. 2 w/w ustawy) wydaje się być rozwiązaniem co najmniej niezręcznym, a na pewno dyskryminującym, biorąc pod uwagę przede wszystkim doświadczenie zawodowe kontrolerów OW gdyż to na ich barkach spoczywa od lat cały proces kontroli i <i>de facto</i> to właśnie kontrolerzy z OW mogą egzaminować i sprawdzać członków komisji egzaminacyjnej. Ewentualne postępowania egzaminacyjne mogą dotyczyć wyłącznie nowozatrudnionych kontrolerów, a nie dotychczasowej doświadczonej kadry kontrolerskiej.</p> <p>Zapis art. 61x ust. 3 pkt 6 uniemożliwiający pracę jako kontroler osobom pracującym w wymienionych, w ustawie z dnia 18.10.2006 r. instytucjach, przy średniej wieku pracowników medycznych, w tym lekarzy, w wielu OW, powyżej 70 roku życia, gdzie praca lekarza np. zakładowego w tych organach wyklucza go z korpusu kontrolerów, nie znajduje odzwierciedlenia, w obowiązującym prawie oraz, w sposób znaczący ogranicza zdolności kontrolne Funduszu poprzez likwidację części sprawnej i doświadczonej kadry kontrolerskiej. W naszej ocenie weryfikacja w tym zakresie winna ograniczać się do złożenia zgodnego z prawdą oświadczenia lustracyjnego.</p> <p>Zawiadamianie o kontroli najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych da czas wielu nieuczciwym podmiotom na sprawdzenie dokumentacji medycznej pod kątem prawidłowości jej prowadzenia i dokonanie modyfikacji treści.</p> <p>Zapis obecnie obowiązujący „najpóźniej w dniu kontroli” wydaje się być rozwiązaniem sprawdzonym i dobrze funkcjonującym. Wpisanie wyjątku rozpoczęcia kontroli „na legitymację” załatwia sprawę rozpoczęcia kontroli w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia i jest dobrym rozwiązaniem.</p> <p>Niewiadomą z punktu widzenia pracowników jest również kwestia dotycząca organizacji pracy i struktury w terenie. Niewyobrażalnym jest, by aktualnie istniejąca struktura wydziałów kontroli nie znalazła odzwierciedlenia. Kontroler musi mieć zapewnione na miejscu merytoryczne wsparcie prawne/ ekonomiczne i informatyczne.</p> <p>Istotnym aspektem jest również kwestia dania kontrolerom zbyt dużej władzy i autonomii. Fakt, iż to kontroler podpisuje wystąpienie pokontrolne jest wysoce</p>	
--	--	--	--

		<p>korupcyjogenny i sam w sobie niesie potencjalne zagrożenia dla prawidłowej realizacji procesu kontrolnego.</p> <p>3) W projekcie ustawy w art. 61za pkt. 10 wprowadza się do art. 112 ustawy o świadczeniach nowy ust. 4 który wskazuje, że kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudnionym lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych. Przytoczona regulacja prawna może naruszać zasady równego traktowania obywateli wobec prawa. Jednocześnie, jeśli kontroler kontrolował wszystkich świadczeniodawców z określonego obszaru, to nie będzie mógł u nich pracować przez 2 lata. To rozwiązanie, bez rekompensaty finansowej, za brak możliwości zatrudnienia przez 2 lata jest dyskryminującym pracownika (kontrolera). Wskazane rozwiązanie nie powinno znajdować się w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Należałoby ewentualnie tego typu rozwiązania zapisywać w umowach cywilnoprawnych zawieranych pomiędzy NFZ a kontrolerem, z tym, że kontrolerowi za okres 2 lat niepodejmowania pracy u kontrolowanego powinna przysługiwać przyzwoita rekompensata finansowa.</p> <p>4) W rekomendowanych rozwiązaniach uzasadniających konieczność zmiany w/w ustawy znajduje się koncentracja kadry kontrolerskiej na poziomie Prezesa Funduszu. <u>I z tymi założeniami można się zgodzić całkowicie. Są bardzo dobre.</u></p> <p>Ale założona docelowa sprawność i skuteczność w piątym roku od wprowadzenia w/w projektowanych zmian nie daje gwarancji znacznego zwiększenia efektywności postępowań kontrolnych innych niż obecnie i efektywnego uszczelnienia systemu. Jeżeli pracownicy OW NFZ, w tym kontrolerzy mieli „zamrożone” wynagrodzenia przez okres 10 lat, to wynik ok. 2 tys. kontroli w skali roku na 35 tys. umów, a to stanowi ponad 5 % przeprowadzonych postępowań, w stosunku do zawartych umów jest wynikiem bardzo dobrym ponieważ został dokonany przy uszczuplonej kadrze kontrolerskiej. Wielu pracowników odeszło z powodu braku perspektyw zawodowych. W proponowanych zmianach, w założonym pięcioletnim wolumenie i przy przeszerowaniach czyli bardzo dobrych zarobkach chce się dojść do ponad 15 % przeprowadzonych postępowań, w stosunku do zawartych umów. Czy taki wynik, zwiększenie raptem o 10 % efektywności, wart jest rzeczywiście tak rewolucyjnych zmian przepisów ? Czy rzeczywiście przyczyni się do uszczelnienia systemu ? Oczywiście odpowiedź brzmi: nie, nie przyczyni się, a wysokie koszty zostaną poniesione. O wiele lepszy wynik można osiągnąć poprzez jednolite przeszkolenie już istniejącego fachowego personelu kontrolerskiego (jedyne szkolenie tego rodzaju odbyło się tylko raz, w roku 2006), konsekwentne zmiany organizacyjne struktury (kasacja nadmiernie utworzonych stanowisk kierowniczych) i jednolitą ewaluację procesów kontrolnych. Racjonalizacja praktycznie bez kosztowo, w porównaniu z proponowanymi zmianami !</p>	
--	--	---	--

141.	Uwaga ogólna	Polska Unia Szpitali Klinicznych	<p>Treść uwagi Zmiana nadaje kontrolerom NFZ uprawnienia porównywalne z kontrolerem NIK, całość zmian świadczy o odejściu od zasad umowy cywilno-prawnej, a taka umowa wiąże świadczeniodawcę z NFZ.</p> <p>Uzasadnienie Proces kontroli opisany w załączonym projekcie przypomina dochodzenie a nie kontrolę. Skrócenie postępowania kontrolnego - eliminacja protokołu pokontrolnego skaraca kontrolę, ale uniemożliwia świadczeniodawcy wniesienie uwag na etapie protokołu pokontrolnego.</p>	<p>Uwaga częściowo uwzględniona – doprecyzowano przepisy projektowanej ustawy. Tylko część rozwiązań wzorowana jest na regulacjach kontrolnych NIK. Projektowana regulacja nie zmienia charakteru umów łączących świadczeniodawców z NFZ.</p>
142.	Uwaga ogólna	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	<p>1.Reguluje się zakres kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń, wprowadzając otwarty katalog kryteriów kontroli, której będą mogły podlegać wszystkie obowiązki świadczeniodawców związane z realizacją umowy. Sytuacja taka jest dla świadczeniodawców rzecz jasna bardzo niekorzystna.</p> <p>2.Dla celów przeprowadzenia kontroli, NFZ będzie mógł nieodpłatnie korzystać z danych zgromadzonych przez inne organy i jednostki państwowe i samorządowe. Projekt przewiduje daleko idącą informatyzację postępowania, w tym przekazywanie dokumentów w formie elektronicznej, podpisanych podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym.</p> <p>3.Kontrolerami mają być upoważnieni pracownicy Funduszu- co należy zaopiniować wysoce negatywnie, badanie i ocenę dokumentacji medycznej mają przeprowadzać osoby posiadające wykształcenie medyczne lub wykonujące zawód medyczny. Jednocześnie wnioskujemy, by ocenę działań lekarzy – w tym działań mających swe odzworowanie w dokumentacji medycznej – przeprowadzali wyłącznie lekarze odpowiednich specjalności, zatrudnieni przez NFZ bądź powołani na biegłych. W przypadku innych osób kontrolujących będzie trzeba składać w każdym postępowaniu kontrolnym, w którym osobą oceniającą działanie lekarza, będzie inna osoba niż lekarz, wniosek o przeprowadzenie w tym zakresie opinii biegłych lekarzy.</p> <p>4.Przeprowadzenie kontroli bez uprzedniego zawiadomienia w przypadku podejrzenia naruszenia prawnego lub umownego zakazu lub niedopełnienia prawnego lub umownego obowiązku. Regulacja ta jest na tyle ogólna, że w praktyce kontrole bez uprzedzenia mogą stać się standardem i być nadużywane. Rozwiązanie takie budzi nasz sprzeciw i opiniujemy je negatywnie.</p> <p>Przewiduje się regulację, zgodnie z którą kontrolerzy mogą zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia w wyznaczonym terminie niezbędnych skanów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych – oraz żądać ich potwierdzenia z oryginałem. Rozwiązanie to rodzi po stronie</p>	<p>Uwagi częściowo uwzględnione. Nie uwzględniono uwag, które są sprzeczne z celem projektowanej ustawy.</p>

			<p>świadczeniodawcy koszty oraz zmuszać może świadczeniodawcę do czasochłonnego stemplowania dokumentów – co jest nie do przyjęcia i oceniamy to negatywnie.</p> <p>5. Projekt przewiduje rezygnację ze sporządzania protokołu kontroli, zastępując tę formę sporządzaniem protokołów z przeprowadzenia czynności dowodowej oraz notatek służbowych- zmiana taka jest niezrozumiała. Wnioskujemy o utrzymanie protokołu kontroli ze wszystkim klauzulami i następstwami przeprowadzonej kontroli, a nie czynnościami procesowo- dowodowymi, jak sugeruje projekt.</p> <p>6. Projekt legalizuje występującą też obecnie praktykę nakładania kar umownych bez przeprowadzenia kontroli, na podstawie samych czynności wyjaśniających. Oceniamy go bardzo negatywnie, jest to ten zakres prawa, który obecnym projektem utrwała niekorzystny stan prawny.</p> <p>Warto dodać, że nowelizacja art. 52a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych rozszerza zakres przesłanek nałożenia kar umownych na osoby uprawnione niezwiązane kontraktem z NFZ bądź na placówki je zatrudniające.</p> <p>Optymalizacja korzystania z zasobów kadrowych oraz – czego nie wykluczam- konieczność obniżenia wymagań ze strony pacjentów w stosunku do możliwości zaspokajania świadczeń przez system ochrony zdrowia, stają się coraz częściej powodem łagodzenia dotychczasowych przepisów. Zasoby kadrowe to obecnie największy problem polskiego systemu opieki zdrowotnej, nad którym powinien pochylić się resort, nie tylko w „łagodzeniu” dotychczasowych przepisów, które najczęściej wiążą się z nakładaniem dodatkowych obowiązków na profesjonalistów medycznych.</p> <p><u>Podsumowując, projekt niesie za sobą szereg niekorzystnych dla świadczeniodawców zmian, opiniujemy go wysoce negatywnie.</u></p>	
143.	Uwaga ogólna Uwaga stanowi komentarz	Urząd Miasta Kraków	<p>W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do Biura ds. Ochrony Zdrowia w dniu 10 października 2018 r. (sygn. DNK.0212.1.2018.8.KW) przekazuję uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.</p> <p>Pozytywnie można ocenić zmiany proponowane w zakresie ratownictwa medycznego i ustawy o PRM, a przede wszystkim zmiany umożliwiające racjonalizację wykorzystania zasobów organizacyjnych i kadrowych w szpitalach, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, poprzez stworzenie możliwości ich skoncentrowania w tych jednostkach, które w stopniu wystarczającym zapewnią dostępność dla potrzeb prawidłowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla osób w stanach nagłych.</p>	<p>Uwaga końcowa bezprzedmiotowa, z uwagi na to, że projektowane regulacje nie wpłyną na zmniejszenie wysokości środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń.</p>

		<p>Wprowadzenie możliwości ustalania przez wojewodę (odpowiadającego za funkcjonowanie systemu PRM na terenie danego województwa) w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ (na wniosek świadczeniodawców) harmonogramu realizacji świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości, w odniesieniu do jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Rozwiązanie to może przynieść poprawę poziomu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom. Tym bardziej, że harmonogramy te powinny być uwzględniane przy wyborze szpitala, do którego będzie transportowany pacjent (zgodnie z art. 44 lub art. 45 ustawy o PRM). Szpitale natomiast będą mogły odpowiednio dostosować obsadę lekarską i pielęgniarską w tych okresach, w których zgodnie z harmonogramem nie zapewniają udzielania świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości i nie będą do nich trafiać pacjenci w stanach nagłych. W sytuacji niedoboru kadr medycznych na rynku pracy, rozwiązania mające na celu efektywne i elastyczne wykorzystanie personelu medycznego dla potrzeb pacjentów, co może wpłynąć na podniesienie poziomu usług zdrowotnych w kraju.</p> <p>Z uwagi na szereg zmian proponowanych w zakresie organizacji kontroli, w tym zmian</p> <p>w zakresie kompetencji Prezesa Funduszu, zasadnym wydaje się być zaproponowanie zmiany w ustawie o PRM w art. 49 ust. 1, gdzie w miejsce oddziału wojewódzkiego Funduszu, jako podmiotu uprawnionego uprzednio do kontroli umów w zakresie ratownictwa medycznego,</p> <p>w ramach nowych rozwiązań jako uprawnionego do przeprowadzania kontroli wskazuje się Prezesa Funduszu.</p> <p>W odniesieniu do regulacji dotyczących aptek oraz kontroli, pozytywnie można ocenić propozycję wprowadzenia uzupełnienia przepisów odnoszących się do czynności kontrolnych przeprowadzanych w aptekach zamkniętych, zarówno tych które rozwiązały umowę z NFZ, jak i tych, które zakończyły swoją działalność ,o regulacje zapewniające dostęp Funduszu do recept zrealizowanych przez zlikwidowaną aptekę.</p> <p>W związku z propozycją utworzenia korpusu kontrolerskiego i poniesienia kosztów tego rozwiązania ze środków własnych planowanych w ramach planu finansowego Funduszu, zachodzi obawa, aby to rozwiązanie w aspekcie finansowym nie wpłynęło w przyszłości na obniżenie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych.</p>	
--	--	---	--

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 2) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych;
- 3) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;
- 4) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.

§ 2. 1. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej „oddziałem”, udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Oddział może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego.

§ 3. 1. Oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

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

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 15, 60 i

2. Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego są zadaszone, podjazd jest zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.

3. Zapewnia się bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego pod oddział.

4. Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego organizuje się niezależnie od innych wejść i podjazdów do szpitala, przystosowując je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.

5. Lokalizacja oddziału zapewnia łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.

6. Oddział posiada własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.

7. Oddział posiada całodobowe lotnisko, zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

8. W przypadku braku możliwości spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 7, oddział posiada całodobowe lądowisko, zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

9. Lądowisko, o którym mowa w ust. 8, spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz.U. z 2018 r. poz. 1183, 1629 i 1637) oraz w załączniku do rozporządzenia.

10. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia wymagań określonych w ust. 7 lub ust. 8 dopuszcza się odległość oddziału od lotniska lub lądowiska większą niż określona w ust. 7 lub ust. 8, pod warunkiem że oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego, a czas trwania transportu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania tej osoby przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego do specjalistycznego środka transportu sanitarnego.

§ 4. 1. Oddział organizuje się w szpitalu, w którym znajdują się co najmniej:

- 1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział chirurgii dziecięcej;
- 2) oddział chorób wewnętrznych, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział pediatrii;
- 3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) pracownia diagnostyki obrazowej.

2. Oddział ma powierzchnię wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów wymienionych w § 5.

3. Na minimalne wyposażenie oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań składa się:

- 1) analizator parametrów krytycznych;
- 2) przyłóżkowy zestaw RTG;
- 3) przewoźny ultrasonograf.

4. Zapewnia się całodobowy dostęp do:

- 1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- 2) komputerowego badania tomograficznego;
- 3) badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

§ 5. 1. W skład oddziału wchodzi obszary:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowy;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjny;
- 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- 8) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

2. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się odpowiednią liczbę:

- 1) desek ortopedycznych z kompletem pasów,
- 2) kołnierzy ortopedycznych dla dorosłych i dzieci

– na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego.

§ 6. 1. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego w celu zapewnienia:

- 1) przeprowadzenia wstępnej oceny osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału lub do innego oddziału szpitala;
- 2) jednoczesnego przyjęcia, rejestracji i segregacji medycznej co najmniej czterech osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) warunków niezbędnych do przeprowadzenia wywiadu z zespołami ratownictwa medycznego, osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub z osobą jej towarzyszącą.

2. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się:

- 1) stanowisko wyposażone w:
 - a) środki łączności zapewniające łączność z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim,
 - b) system bezprzewodowego przywoływania osób, w szczególności o których mowa w § 13;
- 2) stanowisko rejestracji medycznej, które wyposaża się w sprzęt niezbędny do rejestracji i segregacji medycznej osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego:
 - a) automat biletowy,
 - b) wyświetlacz zbiorczy,
 - c) terminal stanowiskowy,
 - d) wyświetlacz stanowiskowy,
 - e) drukarka do opasek,
 - f) tablety dla osób przeprowadzających segregację medyczną;
- 3) stanowisko dekontaminacji.

3. Osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, które przybyły do oddziału we własnym zakresie:

- 1) pobierają w biletomacie bilet z oznaczeniem ich numeru w kolejce do rejestracji;

- 2) są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej w kolejności zgłoszeń;
- 3) są poddawane segregacji medycznej, w wyniku której ich stan jest oceniany według pięciostopniowej skali, o której mowa w ust. 6, wraz z przypisaniem do odpowiedniej kategorii;
- 4) oczekują na udzielenie im pomocy medycznej przez personel oddziału.

4. Segregacja medyczna polega na przeprowadzeniu oceny stanu świadomości osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, stopnia nasilenia bólu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji i liczby oddechów.

5. W razie potrzeby, w ramach segregacji medycznej, dokonuje się dodatkowo pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej i temperatury ciała oraz wykonuje badanie EKG.

6. Pięciostopniowa skala segregacji medycznej obejmuje oznaczane osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego opaską na rękę, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastową pomoc medyczną;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pomoc medyczną do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pomoc medyczną do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pomoc medyczną do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pomoc medyczną do 240 minut.

7. Osoba przeprowadzająca segregację medyczną informuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub osobę mu towarzyszącą o przydzielonej kategorii (kolorze) oraz o liczbie osób i maksymalnym czasie oczekiwania na pomoc medyczną. Osoby, którym przydzielono kolor zielony lub niebieski, są informowane o możliwości skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

8. Za osoby przewiezione do oddziału przez zespoły ratownictwa medycznego czynności, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2, dokonuje personel zespołu ratownictwa medycznego.

9. Czas rozpoczęcia i zakończenia udzielania pomocy medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w oddziale jest odnotowywany przez lekarza na terminalu stanowiskowym.

10. W przypadku braku możliwości zlokalizowania stanowiska dekontaminacji w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, dopuszcza się odstępianie od tego wymagania, pod warunkiem zapewnienia możliwości niezwłocznego zorganizowania czasowego

stanowiska dekontaminacji możliwie najbliżej wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, w przypadku konieczności przeprowadzenia dekontaminacji.

§ 7. 1. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się co najmniej z dwóch sal resuscytacyjno-zabiegowych z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym w każdej z tych sal albo jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi.

2. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego zapewnia co najmniej:

- 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;
- 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
- 3) prowadzenie resuscytacji okołourazowej;
- 4) wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów.

3. Minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska resuscytacyjnego stanowi:

- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
- 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, mobilny, jeden na dwa stanowiska obszaru;
- 3) zestaw do monitorowania czynności życiowych, w tym co najmniej: rytmu serca, ciśnienia tętniczego i żylnego, wysycenia tlenowego hemoglobiny, końcowo wydechowego stężenia dwutlenku węgla, temperatury powierzchniowej i głębokiej ciała;
- 4) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca;
- 5) zestaw do przetaczania i dawkowania leków i płynów oraz zestaw do szybkiego przetaczania płynów;
- 6) elektryczne urządzenie do ssania;
- 7) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru na stanowisko;
- 8) aparat do powierzchniowego ogrzewania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 9) zestaw do trudnej intubacji.

4. Minimalne wyposażenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego stanowią także:

- 1) respirator transportowy – jeden na dwa stanowiska;
- 2) respirator stacjonarny – jeden na obszar;
- 3) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych – jeden na dwa stanowiska.

§ 8. 1. Do zadań obszaru wstępnej intensywnej terapii należy w szczególności:

- 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;
- 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
- 3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia;
- 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
- 5) leczenie bólu;
- 6) wstępne leczenie zatruc;
- 7) opracowywanie chirurgiczne ran i drobnych urazów.

2. W obszarze wstępnej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii umożliwiające wykonywanie zadań określonych w ust. 1.

§ 9. 1. Obszar terapii natychmiastowej składa się z:

- 1) sali zabiegowej;
- 2) sali opatrunków gipsowych.

2. Pomieszczenie sali zabiegowej jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3. Na minimalne wyposażenie sali zabiegowej składają się:

- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
- 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym;
- 3) nie mniej niż po dwa gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni;
- 4) nie mniej niż osiem gniazd poboru energii elektrycznej;
- 5) zestaw niezbędnych narzędzi chirurgicznych na jedno stanowisko.

4. Sala opatrunków gipsowych jest wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych, dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni; w sali opatrunków gipsowych zapewnia się przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem.

§ 10. W skład obszaru obserwacji wchodzi co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni wystarczającej dla prawidłowego funkcjonowania obszaru, wyposażone w:

- 1) wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające:
 - a) monitorowanie rytmu serca i oddechu,

- b) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - c) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny,
 - d) monitorowanie temperatury powierzchniowej i głębokiej,
 - e) stosowanie biernej tlenoterapii,
 - f) prowadzenie infuzji dożylnych;
- 2) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym;
 - 3) defibrylator półautomatyczny;
 - 4) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
 - 5) elektryczne urządzenie do odsysania, co najmniej jedno na cztery stanowiska.

§ 11. 1. W skład obszaru konsultacyjnego wchodzi gabinet lub boksy badań lekarskich w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru. Gabinety lub boksy wewnętrzne są połączone traktem komunikacyjnym.

2. Wyposażenie obszaru konsultacyjnego w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwia przeprowadzanie badań lekarskich i konsultacji specjalistycznych.

§ 12. Obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zapewnia:

- 1) pomieszczenie na wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- 2) system alarmowo-wyjazdowy oraz system łączności wewnątrzszpitalnej;
- 3) zaplecze socjalne oraz sanitarno-higieniczne dla członków zespołów ratownictwa medycznego;
- 4) magazyn sprzętu;
- 5) miejsce wyposażone w źródła energii elektrycznej i wody.

§ 13. Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);
- 2) pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu lub ratownik medyczny pełniący funkcję koordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w jednostkach systemu;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału;

5) spośród osób wskazanych w pkt 3 i 4 wyznacza się osobę lub osoby, o których mowa § 6 ust. 4.

§ 14. W zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu szpitalny oddział ratunkowy spełnia także wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219).

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979), które utraciło moc z dniem 1 lipca 2019 r. na podstawie art. 19 pkt 3 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.).

Znowelizowane upoważnienie ustawowe do wydania projektowanego rozporządzenia, przewiduje wprowadzenie dodatkowej regulacji w zakresie określenia szczegółowych warunków prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W chwili obecnej brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Decyzje dotyczące organizacji pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych są podejmowane samodzielnie przez kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych. Jak wynika ze zgromadzonych danych na 223 szpitalne oddziały ratunkowe na terenie kraju, w 62 z nich praktycznie nie funkcjonuje procedura segregacji medycznej osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Tymczasem jest to postępowanie niezbędne w celu zapewnienia pomocy medycznej osobom zgłaszającym się do szpitalnego oddziału ratunkowego samodzielnie lub przewożonym przez zespoły ratownictwa medycznego, w czasie dostosowanym do stopnia ciężkości ich stanu. System elektroniczny odnotowujący czas oczekiwania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na pomoc medyczną w oddziale ratunkowym pozwoli na skrócenie okresu oczekiwania na przyjęcie przez lekarza, co obecnie stanowi najczęstszą przyczynę skarg ze strony świadczeniobiorców. Projektowane rozporządzenie zobowiązuje kierownika szpitalnego oddziału ratunkowego do wyznaczenia osoby lub osób odpowiedzialnych za realizację segregacji medycznej spośród lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych tego oddziału.

Osoby przybywające do oddziału będą pobierały bilet z numerem w kolejce do rejestracji. Po zarejestrowaniu się poddane zostaną segregacji medycznej, w wyniku której po przeanalizowaniu zgłaszanych dolegliwości i wartości wybranych parametrów medycznych, zostaną zakwalifikowane do jednej z 5 kategorii, z różnym czasem oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej (od pomocy natychmiastowej – kategoria czerwona do maksymalnie 240 minut oczekiwania – kategoria niebieska). Osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego otrzyma opaskę na rękę z oznaczeniem unikalnego numeru i kategorii oraz będzie informowany o przewidywanym czasie oczekiwania na wizytę w gabinecie lekarskim. Osoby zakwalifikowane do dwóch grup świadczących o braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli do grupy

zielonej lub niebieskiej, zostaną poinformowane o możliwości skorzystania ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Na każdym etapie od pobrania biletu z numerem do rejestracji aż do zakończenia udzielania pomocy medycznej, będzie odnotowany czas wykonania kolejnych czynności.

Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi stosowanie jednolitych zasad w zakresie rejestracji i segregacji medycznej. Zwiększy się przez to bezpieczeństwo osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skróci się czas oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym i poprawi się komfort pracy personelu medycznego.

Wprowadzono również wymóg posiadania sprzętu na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego w zakresie desek ortopedycznych z kompletem pasów oraz kołnierzy ortopedycznych dla dorosłych i dzieci w celu usprawnienia pracy zespołów ratownictwa medycznego i zapewnienia natychmiastowego powrotu do gotowości do przyjęcia kolejnego zgłoszenia, po przekazaniu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do szpitalnego oddziału ratunkowego. Ze gromadzonych danych wynika, że w skali kraju średnio w przeliczeniu na 1 szpitalny oddział ratunkowy przypada 2,7 deski ortopedycznej z kompletem pasów oraz 10,91 kołnierza ortopedycznego.

Projektowane rozporządzenie przewiduje również umożliwienie ratownikom medycznym wykonywania funkcji związanych z zarządzaniem szpitalnym oddziałem ratunkowym w zakresie przewidzianym, jak dla pielęgniarki oddziałowej. Obecny system kształcenia ratowników medycznych pozwala na prawidłowe wykonywanie tego typu funkcji. Ratownik medyczny pełniący tę funkcję będzie zobowiązany do posiadania 5-letniego doświadczenia w jednostkach systemu - podobnie jak kierownik zespołu ratownictwa medycznego.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2019 r., co wynika z kalendarza prac nad oprogramowaniem do rejestracji i segregacji medycznej osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i wyposażeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych w sprzęt taki jak: biletomaty, wyświetlacze, terminale stanowiskowe, drukarki do opasek i tablety.

Projekt nie podlega notyfikacji oraz nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego	Data sporządzenia: 01.02.2019 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: Art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Józefa Szczurek-Żelazko – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ ...
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Krzysztof Janecki – Dyrektor Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności, tel. 22 63 49 443	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia rozwiązuje problem braku jednolitych dla wszystkich szpitalnych oddziałów ratunkowych regulacji dotyczących sposobu rejestracji i segregacji medycznej pacjentów zgłaszających się do tych oddziałów we własnym zakresie lub za pośrednictwem zespołów ratownictwa medycznego. W kraju funkcjonuje wiele rozwiązań w tym zakresie, o różnym stopniu efektywności, jeśli chodzi o czas oczekiwania pacjentów na udzielenie im pomocy medycznej, a zwłaszcza o dostosowanie tego czasu do stopnia ciężkości stanu pacjenta i zgłaszanych dolegliwości. Projekt dotyczy też zapewnienia wyposażenia w postaci desek ortopedycznych i kołnierzy ortopedycznych na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego, brak których wydłuża proces przekazywania pacjenta przez zespoły w szpitalnych oddziałach ratunkowych, o czas niezbędny na zwrot tego wyposażenia zespołowi. Rozporządzenie wychodzi też naprzeciw postulatowi dotyczącemu umożliwienia powołania ratownika medycznego na stanowisko koordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego, zamiast powoływania pielęgniarki oddziałowej.

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

Projekt przewiduje, że osoby przybywające do szpitalnego oddziału ratunkowego samodzielnie lub przewożone przez zespoły ratownictwa medycznego będą pobierały bilet z numerem w kolejce do rejestracji. Po zarejestrowaniu się poddane zostaną segregacji medycznej, w wyniku której po przeanalizowaniu zgłaszanych dolegliwości i wartości wybranych parametrów medycznych, zostaną zakwalifikowane do jednej z 5 kategorii, z różnym czasem oczekiwania na udzielenie im pomocy medycznej (od pomocy natychmiastowej – kategoria czerwona do maksymalnie 240 minut oczekiwania – kategoria niebieska). Pacjenci przewożeni przez zespoły ratownictwa medycznego będą zgłaszani do rejestracji przez członków tych zespołów.

Pacjent otrzyma opaskę na rękę z oznaczeniem jego numeru i kategorii oraz będzie informowany na bieżąco o przewidywanym czasie oczekiwania na wizytę w gabinecie lekarskim. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć umieszczone zostaną wyświetlacze, na których prezentowane będzie informacja o liczbie osób oczekujących na przyjęcie i czasie oczekiwania w poszczególnych kategoriach.

Osoby zakwalifikowane do dwóch grup świadczących o braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli do grupy zielonej lub niebieskiej, zostaną poinformowane o możliwości skorzystania ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Na każdym etapie, począwszy od momentu pobrania biletu z

numerem do rejestracji aż do zakończenia udzielania pomocy medycznej, będzie odnotowany czas wykonania kolejnych czynności.

Wprowadzono również wymóg posiadania w szpitalnym oddziale ratunkowym sprzętu na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego w zakresie desek ortopedycznych z kompletem pasów oraz kołnierzy ortopedycznych dla dorosłych i dzieci w celu usprawnienia pracy zespołów ratownictwa medycznego i zapewnienia natychmiastowego powrotu do gotowości do przyjęcia kolejnego zgłoszenia, po przekazaniu pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Projektowane rozporządzenie przewiduje również umożliwienie ratownikom medycznym wykonywania funkcji związanych z zarządzaniem szpitalnym oddziałem ratunkowym w zakresie przewidzianym, jak dla pielęgniarki oddziałowej. Obecny system kształcenia ratowników medycznych pozwala na prawidłowe wykonywanie tego typu funkcji. Ratownik medyczny pełniący tę funkcję będzie obowiązany do posiadania 5-letniego doświadczenia w jednostkach systemu - podobnie jak kierownik zespołu ratownictwa medycznego.

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

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Szpitalne oddziały ratunkowe	229	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zapewnienie stosowania jednolitej procedury w zakresie rejestracji i segregacji medycznej pacjentów

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

Projekt nie podlegał pre-konsultacjom.

Projekt zostanie przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych przez następujące podmioty: Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Radę Dialogu Społecznego, Rzecznika Praw Pacjenta, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbę Aptekarską, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Krajową Izbę Fizjoterapeutów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Pracodawców Rzeczypospolitej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Porozumienie Zielonogórskie Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Związek Ochotniczych Straży Pożarnych, Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego, Polską Radę Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta”, Federację Pacjentów Polskich, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników

Medycznych, Stowarzyszenie Ratowników Medycznych Pomorza Zachodniego, Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych, Ogólnopolskie Towarzystwo Ratowników Medycznych, Polski Związek Ratowników Medycznych, Radę Działalności Pożytku Publicznego, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związek Rzemiosła Polskiego, Związek Pracodawców – Business Centre Club, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Konfederację Lewiatan.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt rozporządzenia zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt zostanie również zamieszczony, zgodnie z postanowieniami § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.), w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]									
Dochody ogółem										
budżet państwa										
JST										
pozostałe jednostki (oddzielnie)										
Wydatki ogółem										
budżet państwa										
JST										
pozostałe jednostki (oddzielnie)										
Saldo ogółem										
budżet państwa										
JST										
pozostałe jednostki (oddzielnie)										
Źródła finansowania										
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Skutki wejścia w życie projektowanego rozporządzenia zostały oszacowane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 444).									

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

Czas w latach od wejścia w życie zmian	Skutki							Łącznie (0-10)
	0	1	2	3	4	10		

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowana regulacja pozostaje bez wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.						
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana regulacja pozostaje bez wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
<input type="checkbox"/> nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:					<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:			
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.					<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Komentarz:								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projekt pozostaje bez wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:			<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe			<input checked="" type="checkbox"/> - informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> - zdrowie		

Omówienie wpływu	Wejście życie rozporządzenia umożliwi przeprowadzanie wg jednolitych standardów rejestracji i segregacji medycznej pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych i przyspieszy udzielenie im pomocy medycznej, Przyczyni się też do skrócenia czasu oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta w szpitalu oraz pozwoli na pełnienie funkcji koordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego przez ratownika medycznego z 5-letnim doświadczeniem.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2019 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Projektowane rozporządzenie ma być stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Nie dotyczy.	



Warszawa, 4 lutego 2019 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1461.2018 / 29 / mm

dot.: RM-10-12-19 z 01.02.2019 r.

Pan Jacek Sasin
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

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

Szanowny Panie Ministrze,

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

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Piotr Wawrzyk
Podsekretarz Stanu

Do wiadomości:

Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia