

Warszawa, 2008-03-21

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Uprzejmie informuję, iż do przesłanych przy piśmie znak: PS-28/08 poselskich **projektów ustaw:**

- 1) **o zakładach opieki zdrowotnej,**
- 2) **o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**
- 3) **o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,**

- zgłaszam następujące uwagi.

Ad.pkt 1

- 1) art. 3 pkt 7 - proponuję aby objaśnienie definicji „świadczenia zdrowotne” zawarte w przepisie odsyłało do objaśnienia zawartego w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 3150, z późn.zm.), z uwagi, iż ustawa ta wyznacza treść merytoryczną definicji, a ponadto takie rozwiązanie będzie poprawniejsze z punktu zasad techniki prawodawczej,
- 2) przepisy art. 6 nakładają na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia w rozumieniu przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W uzasadnieniu do projektu należałoby wskazać kto poniesie koszty udzielonego świadczenia,
- 3) art. 9 ust. 6 – konsekwencją przepisu jest przejęcie przez samorzady województwa od innych jednostek samorządu terytorialnego, zakładów opieki zdrowotnej do wyłącznego zarządzania. Biorąc pod uwagę fakt, że szereg

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 26.03.2008

samorządów szczebla powiatowego i gminnego wsparło finansowo lub majątkowo zakłady opieki zdrowotnej, których są organami założycielskimi ewentualne swoiste ich „wywłaszczenia bez odszkodowania” budzi wątpliwości o charakterze zasadniczym,

- 4) art. 13 ust. 2 pkt 5 - zawiera zwrot „*pobieraniu opłat*”; mając na uwadze przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest to zwrot nieprecyzyjny, nie wskazuje o jakich opłatach mowa, do jakich konkretnych przepisów się odnosi,
- 5) art. 18 ust. 2 - wymienia stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej, które udzielają całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. W powyższym ustępie nie uwzględniono ambulatoriów z izbą chorych, które zgodnie z art. 41 ust. 1 i 2 projektowanej ustawy również udzielają świadczeń stacjonarnej całodobowej opieki zdrowotnej,
- 6) art. 18 ust. 2 pkt 5 - proponuję przepis uzupełnić nadając mu następujące brzmienie: „*5) sanatorium i szpital uzdrowiskowy w rozumieniu art. 8 i 9 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej (Dz.U. Nr 167, poz. 1399, z późn .zm.)*,”
- 7) art. 21 ust. 1 pkt 2 stanowi, że szpital jest obowiązany zapewnić pacjentowi produkty lecznicze i wyroby medyczne bez określenia jakie czy związane z hospitalizacją, czy wszystkie potrzebne pacjentowi, w związku z tym proponuję uszczegółwić przepis,
- 8) art. 25 ust. 1 pkt 3 stanowi, że wypisanie ze szpitala następuje gdy pacjent w sposób rażący narusza statut lub regulamin porządkowy. Sposób zapoznania pacjenta z regulaminem porządkowym został określony w projekcie. Pytanie jednak pozostaje, w jaki sposób pacjent zapoznany będzie ze statutem. Proponuję przepis uzupełnić w postaci wyszczególnienia przykładowych zdarzeń naruszenia ww. przepisów,
- 9) art. 26 ust. 1 zawiera niewłaściwe odwołanie do art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 2008 r. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z otrzymanym projektem ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta definicja opiekuna faktycznego znajduje się w art. 3 pkt 1,
- 10)w art. 29 ust. 5 brak jest wskazania dnia od którego liczony jest 7 dniowy termin na wydanie opinii w sprawie,

- 11) art. 29 ust. 1 – wątpliwość związana jest z koniecznością uzyskania zgody wojewody na zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych przez zakłady opieki zdrowotnej, których organem założycielski jest minister albo centralny organ administracji rządowej (Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej i inni),
- 12) w art. 31 określa się definicje dla zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego. Z uwagi na to, że definicje te zawierają dokładnie taką samą treść merytoryczną proponuję definicje zamieścić w jednej jednostce redakcyjnej. Ponadto, wątpliwość budzi przepis art. 31 ust. 2, który zawęża uprawnienia do bezpłatnych produktów leczniczych i wyrobów medycznych jedynie do świadczeń udzielanych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Proponuję uzupełnić przepis również o zakład pielęgnacyjno -opiekuńczy. Wątpliwość budzi również art. 31 ust. 4, który w zaproponowanym brzmieniu zawęża możliwość udzielania świadczeń w warunkach domowych przez zakład opiekuńczo-leczniczy. Proponuję wykreślić ten ustęp z powodu sprzeczności z art. 18 projektu ustawy, który określa pojęcie stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, do której zaliczany jest również zakład opiekuńczo-leczniczy,
- 13) art. 32 ust. 2 – przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie określają obecnie trybu potwierdzania skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, o czym mowa w przepisie,
- 14) art. 34 – definicja hospicjum stosowana w niniejszym artykule nie odpowiada obowiązującej definicji Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization). Ponadto nie określono trybu kierowania i przyjmowania pacjenta do hospicjum. Wydaje się celowym przyznanie tego prawa lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego, co uprawniałoby do pełnego nieodpłatnego uzyskiwania udzielanych przez te zakłady świadczeń,
- 15) art. 40 - dopuszcza się, by świadczenia w medycznym laboratorium diagnostycznym w publicznych zakładach opieki zdrowotnej udzielane były na podstawie skierowań lekarza i lekarza dentystry, ale nie ubezpieczenia zdrowotnego. Stwarza to zagrożenie skierowań na badania wystawianych

- przez lekarzy spoza systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Jeżeli przepis nie odnosi się do źródeł finansowania jest w istocie zbędny – wydaje się, że pacjent ma prawo sam zgłosić się na badanie i za nie zapłacić bez potrzeby uzyskania skierowania,
- 16) w art. 41 ust. 2 proponuje wykreślić wyraz „w tym”,
 - 17) art. 46 ust. 5 – określenie kwoty kapitału zakładowego spółki niezależnie od wielkości zakładu opieki zdrowotnej wydaje się niewłaściwe. Należy zwrócić uwagę, że kwota 500 tys. zł nie jest zbyt duża w porównaniu z wielomilionowymi przychodami większości szpitali,
 - 18) art. 52 ust. 1 pkt 2 – wątpliwości budzi stosowanie określeń „zakres świadczeń zdrowotnych” oraz „rodzaj świadczeń zdrowotnych”. Odwołując się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się, iż są to kategorie, których zmiana nie w każdym przypadku jest wystarczającą podstawą do przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej,
 - 19) art. 58 - wątpliwości budzi możliwość nieodpłatnego przejęcia przez spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne budynków, urządzeń i lokali oraz przejęcie w nieodpłatne wieczyste użytkowanie lub przejęcie na własność gruntów stanowiących dotychczas własność Skarbu Państwa, jednostek samorządowych i innych podmiotów,
 - 20) przepisy rozdziału 5 określające zasady kierowania zakładem opieki zdrowotnej wymagają doprecyzowania w postaci wyszczególnienia przykładowych zdarzeń w odniesieniu do pojęcia: „rażącego naruszenia prawa” skutkującego odwołaniem zawierają odniesienia (art. 72 ust. 1 pkt 3) oraz „istotnego naruszenia postanowień umowy” o zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej skutkującego rozwiązaniem tej umowy,
 - 21) art. 78 – należy zwrócić uwagę, że proponowana konsolidacja w zakresie szpitali (jeden organ założycielski) w połączeniu z umożliwieniem ustanowienia wspólnego ich zarządcy może prowadzić do naruszenia przepisów antymonopolowych,
 - 22) rozdział 7 *Osoby wykonujące zawód medyczny w zakładach opieki zdrowotnej* – zgodnie z art. 1 projektu, ustawa określa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej, zasady ich funkcjonowania oraz rejestracji, a także zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad tymi zakładami. Stąd też wydaje się

zasadne umiejscowienie treści niniejszego rozdziału w odrębnym akcie prawnym, gdyż regulacje dotyczące kształcenia personelu medycznego nie wchodzą w zakres tejże ustawy,

23) art. 110 ust. 4 – przepisy przewidują jako podstawę wpisu do rejestru, jedynie stwierdzenie spełnienia wymagań w oparciu o dokumentację nie nadając uprawnień kontrolnych organowi prowadzącemu rejestr,

24) art. 116 ust. 3 – wątpliwości budzi nadanie uprawnień do kontroli ministrowi właściwemu do spraw zdrowia albo wojewodzie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej pod względem celowości i gospodarności w zakresie korzystania przez nie ze środków publicznych. O ile środki publiczne są przekazywane do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie umów, kontroluje się po prostu realizację tych umów. W momencie zapłaty rachunku środki przestają być środkami publicznymi, a uprawnienia kontrolne w ww. zakresie przysługują właścicielowi prywatnej jednostki.

Ad. pkt 2

uwagi ogólne:

- 1) przepisy projektowanej ustawy należy analizować w powiązaniu z regulacjami określającymi wykaz świadczeń zdrowotnych, nie finansowanych lub częściowo finansowanych ze środków publicznych; wykaz ten nie został dotychczas przedstawiony,
- 2) ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, nie przewidziano by za świadczenia opieki zdrowotnej rozliczane z innymi krajami na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub innych dokumentów uprawniających do świadczeń w ramach przepisów o koordynacji mogły płacić dwie instytucje z kraju gdzie dana osoba jest ubezpieczona. W przypadku korzystania przez polskiego ubezpieczonego ze świadczeń w ramach przepisów o koordynacji na terenie innego państwa członkowskiego UE lub EFTA powstałby problem z określeniem która instytucja ubezpieczeniowa powinna zapłacić za świadczenia tam wykonane, szczególnie, że w ramach koordynacji nie jest podawany szczegółowy zakres leczenia,

- 3) w projekcie ustawy przewidziano, iż do korzystania z ubezpieczeń komplementarnych mają prawo jedynie świadczeniobiorcy. Proponowany przepis uniemożliwia wykupienie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby uprawnione do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji (tj. np. pracowników delegowanych do pracy w Polsce, zamieszkałych w Polsce członków rodziny pracownika innego państwa członkowskiego UE/EFTA, zamieszkałe w Polsce osoby pobierające świadczenie emerytalno rentowe z innego państwa członkowskiego UE/EFTA),
- 4) w projekcie ustawy przewidziano przepis dotyczący możliwości ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej przez Fundusz. Nasuwa się obawa, że powyższy przepis prowadzić może do zbyt swobodnego naliczania składek przez Fundusz, co powodować może znaczne ograniczenia w dostępie do ubezpieczeń dodatkowych spowodowane stanem zdrowia i wiekiem. W związku z powyższym sposób naliczania składek powinien być jasny, tak aby nie stwarzał niebezpieczeństwa przystępowania do umowy ubezpieczenia dodatkowego jedynie przez osoby o stosunkowo niewielkim ryzyku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 5) przedstawiony projekt ustawy nie zawiera symulacji kosztów wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych dla planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poszczególnych latach (nie ma na ten temat żadnej informacji w uzasadnieniu do projektu).

uwagi szczegółowe:

1) art. 2:

- a) ust. 1 – wątpliwości budzi niezdefiniowane określenie „zdarzeń losowych” w kontekście ubezpieczeń zdrowotnych. Bez wątplenia palenie tytoniu, którego następstwem jest zachorowanie, nie wypełnia definicji „zdarzenia losowego”. Powstaje w takim przypadku wątpliwość o zakres ubezpieczenia,
- b) ust. 1 pkt 2 – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie definiuje świadczeń opieki zdrowotnej częściowo gwarantowanych,

- 2) art. 3 pkt 5 i 6 zawiera odwołanie do nieistniejących pkt 35 a i 35b art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 3) art. 7 – wątpliwości budzi zapewnienie przez zakład ubezpieczeń dostępu do objętych umową świadczeń opieki zdrowotnej. Wydaje się, iż mogą wystąpić zaburzenia stosowanego systemu kolejkowego regulowanego przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 4) art. 7 ust. 1 pkt 2 oraz art. 8 zawiera odwołanie do nieistniejącego art. 2 ust. 3 pkt 2,
- 5) w art. 10:
 - a) ust. 1 użyte zostało sformułowanie „*uprawniony o świadczeń (...)*”, powinno być „*(...) uprawniony do świadczeń (...)*”,
 - b) ust. 3 stanowi o obowiązku comiesięcznego przekazywania przez świadczeniodawcę właściwych informacji oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, nie wskazuje natomiast terminu do jakiego powinno to nastąpić np. „*do 15 dnia każdego miesiąca po miesiącu, którego dotyczą informacje.*”,
- 6) w art. 12 ust. 2:
 - a) pkt 3 proponuję dodać zdanie: „*W przypadku dziecka nie posiadającego numeru PESEL należy wpisać PESEL rodziców.*”,
 - b) pkt 4 po wyrazach „*adres miejsca zamieszkania*” proponuję dodać „*oraz zameldowania*”,
- 7) art. 15 zaliczenie ubezpieczeń zdrowotnych do sfery działalności socjalnej (i to jedynie tych, o których mowa w opiniowanym projekcie) z przeznaczeniem na dofinansowanie tych ubezpieczeń ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w sytuacji pokrywania dotychczas z tych środków jedynie kosztów świadczeń o charakterze stricte socjalnym jest rozwiązaniem prawnie niewłaściwym,
- 8) art. 16 – niewłaściwe wydaje się zobowiązanie podmiotów do przekazywania posiadanych informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje bez zawartej umowy ubezpieczenia i prawdopodobnie bez zgody pacjenta na ich uzyskanie,

- 9) art. 17 ust. 1 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje art. 18a,
- 10) art. 17 pkt 1 odnoszący się do art. 18b w ust. 6 ustanawia obowiązek comiesięcznego przekazywania przez świadczeniodawcę właściwych informacji oddziałowi wojewódzkiemu Narodowemu Funduszu Zdrowia, nie wskazując jednocześnie terminu w jakim powinno to nastąpić np. „do 10 dnia każdego miesiąca po miesiącu, którego dotyczą informacje.”,
- 11) art.17:
- a) wprowadza do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w nowododanym art. 18b ust. 1 możliwość pobierania opłat za świadczenia udzielone także na podstawie tej ustawy lub odrębnych przepisów (jakich?). W przepisie art. 18b ust. 7 jest mowa o odpowiednim stosowaniu jedynie do opłat za pomieszczenie o wyższym standardzie niż określony w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Nie jest jednak jasne do jakich innych przypadków niż zapewnienie wyższego standardu pomieszczenia stosuje się także przepisy ust. 1,
 - b) pkt 3 wydaje się, iż nie istnieje związek materii prawnej opiniowanego projektu z powyższą zmianą dotyczącą kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - c) art. 188a i dalsze – brak konsekwencji w numeracji części projektu dotyczącej Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych,
 - d) art.188i ust. 1 daje Prezesowi Urzędu Nadzoru prawo do ukarania Prezesa Funduszu lub zastępcy Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadku nie udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 188g ust. 1pkt 1-4, przy czym art. 188g ust. 1 pkt 3 nakłada obowiązek udzielania Prezesowi Urzędu Nadzoru ww. wyjaśnień i informacji na świadczeniodawcę,
 - e) w art. 188s w ust. 3 proponuję dodać zdanie „Obowiązek ten jest wyłączony w przypadku art. 188 t.”,
 - f) art. 188i ust. 1 zawiera odwołanie do nieistniejącego art. 128 ust. 5,

g) art. 188i ust. 2, art. 188k ust. 2 oraz art. 188l ust. 2 określa wysokość kary pieniężnej nakładanej przez Prezesa Urzędu Nadzoru na aptekę w wysokości do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia, przy czym nie precyzuje o jakie przeciętne wynagrodzenie chodzi,

12) art. 188p ust. 1 zawiera odwołanie do nieistniejącego art. 188n ust. 4,

Ponadto zauważa się, że projekt ustawy nie wskazuje jednoznacznie na konieczność, bądź jej brak, zawarcia umowy o suplementarne ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku chęci zawarcia umowy o komplementarne ubezpieczenie zdrowotne.

Ad.pkt 3

1) art. 3 pkt 3 – definicja nie uwzględnia podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi,

2) art. 4 ust. 1 pkt 1 – nie zdefiniowano zakresu dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, stąd nasuwa się wątpliwość dotycząca, które świadczenia w ramach tej opieki finansowane będą ze środków publicznych. Ponadto nie sprecyzowano zakresu odpowiedzialności za czynności wykonywane przez osoby nie należące do personelu świadczeniodawcy,

3) art. 8:

a) ust. 1 – prawo pacjenta do świadczeń powinno być dookreślone w odniesieniu do źródła finansowania, w innym przypadku ma jedynie charakter postulatywny,

b) ust. 2 wprowadzono możliwość żądania pacjenta przez udzielającego świadczenia opinii innej osoby wykonującej zawód lekarza lub zwołania konsylium lekarskiego-bez sprecyzowania jakich przypadków to dotyczy oraz jaką moc wiążącą ma wydana w ww. trybie opinia. Powyższe uprawnienie może zostać w wielu przypadkach nadużywane lub stać się przepisem prawa uniemożliwiającym wykonanie czynności,

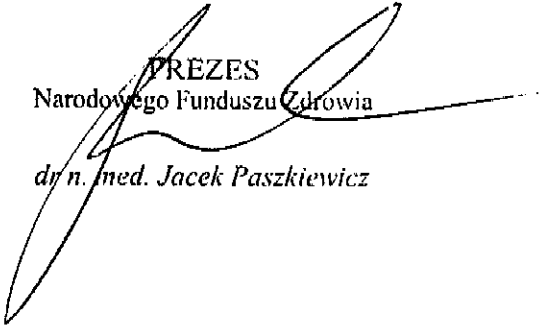
4) w art. 11 ust. 3 użyte zostało sformułowanie „(...) do uprzedniej wcześniejszej (...)”, przy czym oba przymiotniki mają to samo znaczenie,

5) art. 15 ust. 2 – przepis wprowadza obowiązek uzyskania uprzedniej zgody pacjenta na rozpowszechnianie informacji o pacjencie, którego brak w art. 16 projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych,

6) art. 16 i 17 – przepisy zawierają powtórzenia w zakresie obowiązku zachowania tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny,

- 7) rozdział 7 *Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej* – wydaje się niezasadne umiejscowienie przepisów o dokumentacji medycznej w niniejszym projekcie ustawy w sytuacji, gdy szczegółowe przepisy zawierają odrębne rozporządzenia dotyczące rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- 8) art. 30 ust. 3 zawiera niewłaściwe odwołanie do art. 28 pkt 2, zamiast do art. 29 pkt 2,
- 9) art. 33 ust. 1 – niewłaściwe jest nadanie pacjentowi nie posiadającemu stosownych kwalifikacji, pełnego prawa do wniesienia sprzeciwu w każdym przypadku, gdy nie zgadza się z rozpoznaniem dokonany przez lekarza. Ponadto należy zauważyć, że przepis przewiduje, iż sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej. Proponowany skład komisji nie gwarantuje jej bezstronności, bowiem brak jest przepisów wykluczających możliwości stronniczości jej członków,
- 10) art. 33 ust. 9 – koszty działania Komisji Lekarskich powoływanych ze względu na sprzeciw pacjenta winny być finansowane ze składek lekarzy, w szczególności w sytuacji, gdy sprzeciw nie dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
- 11) w art. 34 zakłada się utworzenie nowej organu powoływanego przez Sejm Rzecznika Praw Pacjenta jednak przy zachowaniu i bez jasnego rozgraniczenia kompetencji w stosunku do instytucji działających już rzeczników (w strukturach NFZ, szpitalach psychiatrycznych, resorcie zdrowia). Może to skutkować niejasnościami w rozróżnieniu kompetencji co do określonego zakresu zadań ponieważ zakres działania Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Rzecznika Praw Dziecka dotyczy również przedmiotowych grup osób w sytuacji, kiedy staną się oni pacjentami. Ponadto brak w projekcie wskazania urzędu Rzecznika Praw Pacjenta, przy pomocy którego Rzecznik realizowałby zadania,
- 12) art. 49 ust. 1 ustawy zawiera definicję praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjenta, a następnie w zdaniu drugim wskazuje co nie jest zbiorowym prawem pacjenta. Wydaje się zasadnym stworzenie definicji „zbiorowego prawa pacjentów”,
- 13) art. 53 nie uwzględnia zasady dwuinstancyjności postępowania administracyjnego,

14) art. 56 stanowi o nałożeniu kary pieniężnej na podmiot, który nie przekazał dokumentów oraz informacji na żądanie Rzecznika w wysokości 50 000 zł. – mając na uwadze treść art. 56 i fakt, iż za niepodjęcie działań zmierzających do wyeliminowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów przewidziana jest kara pieniężna do wysokości 500 000 zł (z większego na mniejsze) słusznym wydaje się zastosowanie w art. 57 analogicznego limitu wysokości kary.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia

dr n. med. Jacek Paszkiewicz