



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2008 -03- 13

MZ-PR-022-13195-4/AB,KB,JZ/08

**Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej**

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 stycznia 2008 r., znak PS-28/08, uprzejmie informuje, iż pozytywnie opiniuję **projekty ustaw o:**

- 1) zakładach opieki zdrowotnej;**
- 2) dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.**

Pozwolą one na dokonanie reformy ochrony zdrowia w regulowanych przez projekty obszarach. Jednocześnie pozwalam sobie przekazać uwagi i propozycje rozwiązań do ww. projektów ustaw, które mogą przyczynić się do poprawy jakości rozwiązań merytorycznych i prawnych w nich zaproponowanych:

I. Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

- 1) w art. 2 proponuję dodać ust. 2 w brzmieniu:

„2. Zakład opieki zdrowotnej jest przedsiębiorstwem w rozumieniu art. 55¹ Kodeksu cywilnego.”

W związku z tym, że zgodnie z projektem ustawy publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie mógł być prowadzony w formie spółki handlowej (spółki z organiczną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej), to substratem majątkowym tej spółki będzie także publiczny zakład opieki zdrowotnej. Innymi słowy zakład będzie przedsiębiorstwem spółki. Obecnie obowiązująca definicja zakładu opieki zdrowotnej, jak i definicja proponowana w art. 2 ust. 1 jest definicją bardzo zbliżoną do definicji przedsiębiorstwa

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 14.03.08.

(rozumianego jako zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczonych do prowadzenia działalności gospodarczej), dlatego też konieczne wydaje się odwołanie się do art. 55¹ Kodeksu cywilnego. W konsekwencji tej zmiany konieczne będzie posługiwanie się w całej ustawie pojęciem „nazwy zakładu” a nie „firmy zakładu” (art. 5 ust. 1, art. 12 ust. 1 pkt 1, art. 109 ust. 8 pkt 1, art. 110 ust. 2 pkt 1). Konieczne będzie także wprowadzenie w art. 48 projektu nowego ust. brzmieniu:

„...Spółka, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana używać w swojej firmie oznaczenia „publiczny zakład opieki zdrowotnej” albo skrótu „pzo”.

2) w art. 3 w pkt 4 wskazane byłoby doprecyzowanie definicji w następujący sposób:

„4) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie ustawy albo odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;”

Konsekwencją przyjęcia te zmiany jest odpowiednie przeformułowanie ust. 1 w art. 92:

„1. W zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.”.

3) w art. 3 w ust. 2 proponuję skreślić pkt 1, ponieważ projekt reguluje sytuację kierownika zakładu i zarządu spółki.

4) proponuję, aby art. 7 otrzymał następujące brzmienie:

„Art. 7. Zakład opieki zdrowotnej ani inne podmioty na terenie zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu leczenia, w szczególności działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych.”

W przypadku przyjęcia ww. propozycji, analogicznie należy zmienić art. 89, w którym wprowadzenie do wyliczenia powinno otrzymać brzmienie:

„Na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej:”

5) w art. 8 w ust. 3 wyrazy „zakres zadań realizowanych przez zakład” proponuję zastąpić wyrazami „zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie.”

6) w art. 9:

a) w ust. 3 skreśla się wyrazy „z wyjątkiem prowadzenia tej działalności w ramach spółki cywilnej oraz spółki partnerskiej”,

b) skreśla się ust. 6 (w ten sposób szpitale samorządowe będą mogły być prowadzone nie tylko przez samorząd województwa) – konsekwencją przyjęcia tej propozycji powinna być zmiana w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia polegająca na skreśleniu art.8 tej ustawy.

7) w art. 12 proponuję pozostawić wyłącznie podmiotowi, który utworzył zakład do uregulowania w statucie zakładu opieki zdrowotnej, na czym ma polegać kierowanie oddziałem w systemie ordynatorskim albo konsultanckim, w przypadku przyjęcia tej propozycji art. 12 otrzyma brzmienie:

„Art. 12. 1. Statut zakładu opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) nazwę albo firmę zakładu;
- 2) strukturę organizacyjną zakładu;
- 3) cele i zadania zakładu;
- 4) siedzibę zakładu;
- 5) zakres i rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Statut stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 18, określa także sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi zakładu w ramach systemu ordynatorskiego lub konsultanckiego.

3. Statut zakładu opieki zdrowotnej oprócz postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2, może określać sposób prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji celów naukowych i dydaktycznych oraz uczestniczenia w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny.”.

8) w art. 13 ust. 2 proponuje się uchylić pkt 7 (zadania te uregulowane będą w ustawie o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta).

9) w art. 14 proponuję wprowadzić następujące zmiany:

a) ust. 1 nadać brzmienie:

„1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej ustala plan ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego zagrożenia w zakładzie, i przekazuje go do wiadomości wszystkim pracownikom zakładu.”,

b) w ust. 2 – należy usunąć wyraz: „zagrożonych”, bowiem ewakuacja może dotyczyć nie tylko pomieszczeń bezpośrednio zagrożonych, ale też takich w stosunku, do których w związku z istniejącą sytuacją istnieje potrzeba ewakuacji,

c) ust. 4 nadać brzmienie:

„4. Planu ewakuacji nie sporządza się dla przychodni liczących nie więcej niż 6 gabinetów badań lekarskich.”.

10) w art. 16 ust. 4 proponuję rozważyć stworzenie katalogu otwartego przesłanek powodujących rozwiązanie umowy o udzielenie zamówienia.

11) proponuję, aby art. 17 otrzymał brzmienie:

„Art. 17. 1. Do zamówień nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, z wyjątkiem:

1) art. 11 ust. 1 pkt 2 i art. 30 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2006 r. Nr 164, poz. 1163, z późn. zm.⁵⁾);

2) art. 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o zamówieniach publicznych – w odniesieniu do przyjmującego zamówienie

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.

3. Przyjmujący zamówienie jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń w zakresie, o którym mowa w ust. 2.

4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 4, oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.”.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 i Nr 227, poz. 1658 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 82, poz. 560.

12) w art. 18 w ust. 2 proponuję się dodać pkt 7 w brzmieniu:

„7) ośrodek terapii uzależnień;”

a po art. 34 dodać art. 34a w brzmieniu:

„Art. 34a. Ośrodek terapii uzależnień udziela całodobowych świadczeń z zakresu leczenia odwykowego oraz leczenia i rehabilitacji uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych poprzez realizowanie programów psychoterapii uzależnień oraz udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.”

Przyjęcie tej propozycji wydaje się konieczne z uwagi na to, że ośrodek terapii uzależnień jest specyficzną formą stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, której istotą jest zapewnienie przebywającym w nim pacjentom udziału w programie psychoterapii uzależnień w warunkach odseparowania od środowiska stwarzającego zagrożenia dla utrzymania abstynencji. Ośrodki terapii uzależnień nie udzielają natomiast z zasady kompleksowych świadczeń zdrowotnych przebywających w nich pacjentom i z tych względów nie powinny być one organizowane w formie szpitali.

13) w art. 19 proponuję skreślić wyrazy; „opieki krótkoterminowej” .

14) w celu zapewnienia nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi w szpitalach do 150 łóżek proponuję art. 20 nadać brzmienie:

„Art. 20.1. W szpitalu posiadającym więcej niż 150 łóżek tworzy się aptekę szpitalną.

2. W szpitalu posiadającym do 150 łóżek kierownik szpitala jest obowiązany, uwzględniając zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital, zatrudnić osobę sprawującą nadzór nad gospodarką produktami leczniczymi lub zawrzeć umowę z apteką szpitalną lub działem farmacji szpitalnej innego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie wykonywania usług, o których mowa w art. 86 ust. 2 – 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.).”

15) w art. 21 ust. 2-4 proponuje się nadać brzmienie:

„2. Szpital może pobierać opłaty za umieszczenie pacjenta, na jego życzenie, w pomieszczeniu o standardzie wyższym niż określony w przepisach wydanych na podstawie art. 36.

3. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 2, ustala kierownik szpitala.

4. Umieszczanie pacjentów w pomieszczeniach, o których mowa w ust. 2, nie może

naruszać ani ograniczać uprawnień świadczeniobiorców określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

16) w art. 22 proponuję uregulować, by przechowywanie zwłok przez szpital było bezpłatne do 72 godzin; dłuższe przechowywanie wiązałoby się z pobieraniem opłat od osób lub instytucji obowiązanych do pochowania zwłok na podstawie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których konieczne jest przechowywanie zwłok w związku z toczącym się postępowaniem (prokuratura, sądy).

W przypadku przyjęcia ww. propozycji w art. 22 proponuję po ust. 1 dodać ust. 1a – 1c w brzmieniu:

„1a. Szpital przechowuje nieodpłatnie zwłoki pacjenta nie dłużej niż przez 72 godziny licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

1b. Szpital może pobierać opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 1a, od osób lub instytucji obowiązanych do pochowania zwłok na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

1c. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1b, ustala kierownik szpitala.”.

17) w art. 25 w ust. 2 w zdaniu pierwszym po wyrazach w przypadku spółki dodać wyrazy „z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej”.

18) w art. 26

a) w ust. 1 zdanie drugie powinno otrzymać brzmienie:

„Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego do przedstawiciela ustawowego pacjenta albo do osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, albo do opiekuna faktycznego pacjenta.”

b) ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:

„2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu w szpitalu pacjenta począwszy od upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, niezależnie od uprawnień do

bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.”

c) w ust. 3 wydaje się, iż rozporządzenie powinien wydawać Prezes Rady Ministrów a nie Rada Ministrów, z uwagi na art. 171 Konstytucji stanowiący, iż organem nadzoru nad działalnością jednostek samorządu terytorialnego jest Prezes Rady Ministrów.

19) w art. 27 ust. 2 oraz art. 28 ust. 2 po wyrazach „w przypadku zakładu prowadzonego w formie spółki” proponuje się dodać wyrazy „z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej”.

20) W projekcie zaproponowano (art. 29 ust. 1) wprowadzenie obowiązku powiadamiania wojewody o zaprzestaniu działalności jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala. Objęcie tym przepisem wszystkich, a więc także nieudzielających świadczeń zdrowotnych, jednostek i komórek organizacyjnych szpitala wydaje się być nieuzasadnione. Dlatego właściwym wydaje się zawężenie regulacji wyłącznie do komórek i jednostek związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Proponowane brzmienie ust. 1: „1. Czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala związanych bezpośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wymaga zgody wojewody.”

21) proponuję, aby art. 30 otrzymał brzmienie:

„Art. 30. Przepisy art. 21– 28 stosuje się odpowiednio do innych niż szpitali stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej.”, ponieważ także w innych niż szpitale stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej mogą być leczone dzieci do lat 7, które należy zaopatrywać w znaki tożsamości.”.

22) w art. 32 proponuję skreślić ust. 2 i 3, ponieważ potwierdzenie skierowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia tylko wydłuży czas oczekiwania na umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub pielęgnacyjno – opiekuńczym. Przyjęcie tej propozycji oznacza dokonanie zmiany w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia polegającej na skreśleniu pkt 2 w art. 31.

23) zdaniu 2 w art. 33 proponuję nadać brzmienie: „Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza.”.

24) w art. 34 w ust. 1 proponuję, aby dodać zdanie 2 w brzmieniu: „Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza.”.

25) w art. 35 w ust. 3 wyrazy „świadczeń opieki zdrowotnej” proponuję zastąpić wyrazami „świadczeń zdrowotnych”.

26) w art. 37 w ust. 3 proponuję rozważyć zmianę pkt 4 poprzez nadanie mu brzmienia:

„4) zakład badań diagnostycznych;”

Konsekwencją przyjęcia tej propozycji będzie zmiana w art. 40, któremu proponuję nadać brzmienie:

„Art. 40. Zakład badań diagnostycznych udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne, w szczególności analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Świadczenia te w publicznych zakładach opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub lekarza dentystry albo osoby posiadającej wymagane kwalifikacje na podstawie odrębnych przepisów.”

27) w art. 38 proponuję, aby skreślić wyrazy: „, w tym doraźnej pomocy ambulatoryjnej (świadczenia zdrowotne udzielane na miejscu w zakładzie),”.

28) w art. 42 proponuję, aby :

a) pkt 1 i 2 nadać brzmienie:

„1) stacje sanitarno-epidemiologiczne, o których mowa w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

2) centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, o których mowa w przepisach o publicznej służbie krwi;” (w ten sposób zakresem przedmiotowym zostaną objęte wszystkie centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (np. resortowe), a nie tylko regionalne);

b) po pkt 3 dodać pkt 3a w brzmieniu:

„3a) medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w przepisach o diagnostyce laboratoryjnej;”.

29) w art. 46 są uregulowane nie tylko kwestie tworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki ale także kwestie funkcjonowania zakładu, dlatego też proponuję rozważenie zmiany redakcji tego przepisu w następujący sposób:

a) obecne brzmienie art. 46 ust. 1 i 4 oznaczyć jako art. 46:

„Art. 46. 1. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w organizacji albo spółka akcyjna w organizacji prowadząca publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może udzielać świadczeń zdrowotnych.

2. Zadania podmiotu, który utworzył zakład, dotyczące wpisania zakładu do rejestru, o którym mowa w art. 109, w przypadku spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej wykonuje zarząd spółki.”;

b) po art. 46 dodać art. 46a w brzmieniu:

„Art. 46a. Kapitał zakładowy spółki, o której mowa w art. 46 ust. 2, prowadzącej szpital wynosi co najmniej 500 000 złotych.”.

c) przepis ust. 3 należy skreślić, bo skoro zysk jest przeznaczany na działalność statutową, to zbędna jest regulacja dotycząca zaliczek na poczet dywidend,

d) przepis ust. 6 należy skreślić z uwagi na regulację art. 84,

e) przepisy ust. 2 i 7 – 12 proponuje się umieścić w odrębnej jednostce redakcyjnej po art. 53 jako art. 53a.

Ponadto proponuję dodać regulację dotyczącą członków rad nadzorczych w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i akcyjnych prowadzących publiczny zakład opieki zdrowotnej:

„Art. 1. Członkowie rady nadzorczej w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjnych prowadzących publiczne zakłady opieki zdrowotnej są powoływani spośród osób, które złożyły egzamin, o którym mowa w przepisach o komercjalizacji i prywatyzacji, lub zostały zwolnione z obowiązku złożenia egzaminu zgodnie z tymi przepisami.

2. Członkowie rad nadzorczych pierwszej kadencji są obowiązani do złożenia egzaminu, o którym mowa w ust. 1, w okresie 12 miesięcy od dnia powołania.”

30) obecne brzmienie art. 47 proponuję połączyć z art. 48 i jednocześnie określić, jaki podmiot wykonuje prawa z udziałów albo akcji w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółce akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej:

„Art. ... 1. W spółce z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółce akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej akcje są imienne.

2. Do spółki, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się art. 354 Kodeksu spółek handlowych.

3. W spółce, o której mowa w ust. 1, co najmniej:

- 1) 51% kapitału zakładowego należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku spółki utworzonej przez podmioty wymienione w art. 9 ust. 1;
- 2) 75% kapitału zakładowego należy do publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku spółki utworzonej przez podmioty wymienione w art. 9 ust. 2.
4. Czynności prawne sprzeczne z przepisami ust. 3 są nieważne z mocy prawa.
5. Spółka, o której mowa w ust. 1, nie może tworzyć innych osób prawnych.
6. Prawa z udziałów lub akcji należących do Skarbu Państwa w spółce, o której mowa w ust. 1, wykonuje podmiot, który utworzył zakład.
7. Do akcji lub udziałów należących w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością albo w spółce akcyjnej do podmiotów, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się art. 199 i 359 Kodeksu spółek handlowych w zakresie dotyczącym umorzenia przymusowego oraz art. 418 Kodeksu spółek handlowych.
8. Akt założycielski spółki, o którym mowa w ust. 1, nie może przewidywać postanowień zapewniających szczególne uprawnienia, w szczególności uprzywilejowanie w zakresie prawa głosu oraz w zakresie powoływania i odwoływania organów spółki.
9. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu spółek handlowych.
10. W spółkach, o którym mowa w ust. 1, mogą pełnić służbę żołnierze zawodowi. Ich stosunek służbowy oraz wynikające z niego prawa i obowiązki określa ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 179, poz. 1750), z wyłączeniem art. 57 tej ustawy.”

31) w art. 49 w ust. 1 proponuję uchylić zastrzeżenie „chyba, że przepisy ustawy lub odrębne przepisy stanowią inaczej”.

32) przepis art. 51 proponuję doprecyzować, aby zapobiec uszczupleniu praw udziałowców i akcjonariuszy, zgodnie bowiem z art. 246 oraz 415 Kodeksu spółek handlowych uchwała dotycząca rozwiązania lub zmiany umowy spółki podejmowana jest większością 2/3 głosów (a w przypadku zmiany istotnej – ¾ głosów), a zatem pozostawienie tej decyzji podmiotowi, który utworzył zakład (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej

prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej) znacznie ograniczyłoby prawa udziałowców i akcjonariuszy. W takich przypadkach zarządzenia i uchwały podmiotu, który utworzył zakład, powinny mieć charakter deklaratoryjny.

W przypadku przyjęcia ww. propozycji w art. 51 należy skreślić wyrazy „przekształcenie i likwidacja” i dodać art. 51a w brzmieniu:

„ Art. 51a. 1. Podmiot, który utworzył zakład, wydaje odpowiednio zarządzenie albo uchwałę o przekształceniu lub likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 7 dni od dnia otrzymania uchwały zgromadzenia wspólników (walnego zgromadzenia) o zmianie umowy albo rozwiązaniu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej.

2. Zarządzenie albo uchwała podmiotu, który utworzył zakład, stanowi podstawę wykreślania publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej z rejestru, o którym mowa w art. 109, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego.”.

33) w art. 53:

a) w ust. 1 proponuję, aby po wyrazach „publicznego zakładu opieki zdrowotnej” proponuje się dodać wyrazy „oraz uchwała zgromadzenia wspólników (walnego zgromadzenia) albo rozwiązaniu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjnej”;

b) w ust. 2 proponuję skreślić zdanie 2 (bo jest regulacja zawarta w ust. 1 pkt 5),

c) proponuję skreślić ust. 4 i ust. 5 (w związku z propozycją art. 51a ust. 2),

d) w ust. 6 proponuję skreślić wyraz „Publicznego”;

e) w ust. 7 wyrazy „określonych w ustawie” proponuję zastąpić wyrazami „ , o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 84 ust. 7.”.

34) w art. 55:

a) w ust. 2 pkt 3 nadać brzmienie:

„3) na wniosek ponad 50% pracowników podjęty zakładu w głosowaniu tajnym.”

b) ust. 4 po oznaczeniu „ust. 1” skreślić wyrazy „pkt 1”.

35) w art. 58

a) w ust. 1 po wyrazach „w art. 9 ust. 2,” dodać wyrazy „oraz budynki i urządzenia znajdujące się na tych gruntach” i po wyrazach „ albo prawa własności tej spółki”

dodać wyrazy „w zakresie niezbędnym do funkcjonowania zakładu” i skreślić ust. 2,
b) po ust. 1 dodać ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przed przekształceniem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną prowadzącą publiczny zakład opieki zdrowotnej, podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej dokonuje oceny, które z nieruchomości, o których mowa w ust. 1, są niezbędne do funkcjonowania zakładu po jego przekształceniu w spółkę.”.

W związku z ww. zmianą proponuję w projekcie ustawy – Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia po art. 8 dodać art. 8a w brzmieniu :

Art. 8a. 1. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki badawczo rozwojowe prowadzące publiczne zakłady opieki zdrowotnej dokonują, na własny koszt, jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w ich posiadaniu, według stanu na dzień 1 stycznia 2009 r. w terminie do dnia 30 czerwca 2009 r.

2. Określenia wartości rynkowej nieruchomości dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U.2004 r. Nr 261, poz. 2603).

3. Ilekroć w ustawie jest mowa o nieruchomościach rozumie się przez to nieruchomości o których mowa, w art.3 ust.1 pkt 15 lit a, ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm).”.

36) w art. 59 w ust. 3 proponuję zdaniu drugiemu nadać brzmienie: „W skład pierwszego zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej powołuje się kierownika przekształconego zakładu, chyba że nie wyrazi on zgody na pełnienie tej funkcji.”
– usunie to ewentualne wątpliwości w zakresie składu zarządu – obecne brzmienie może sugerować, że zarząd jest jednoosobowy.

37) w art. 60 proponuję uchylić ust. 2, przepis ten jest zbędny i mylący skoro zysk zakładu jest przeznaczany na działalność statutową.

38) w art. 61:

a) w ust. 2 w zdaniu 1 wyrazy „uprawnionych na podstawie ust.1” zastąpić wyrazami „uprawnionych pracowników” i po wyrazie „ustala” dodać wyrazy „, z uwzględnieniem okresu zatrudnienia w zakładzie poszczególnych uprawionych pracowników,”, a w

zdaniu 2 wyraz „u świadczeniodawcy” zastąpić wyrazem „w spółce”;

b) ust. 5 nadać brzmienie:

„5. Uprawnieni pracownicy mogą skorzystać z prawa do nabycia akcji nieodpłatnie, o ile w terminie sześciu miesięcy od dnia przekształcenia, o którym mowa w art. 57, złożą pisemne oświadczenie o zamiarze nabycia udziałów albo akcji. Niezłożenie oświadczenia w powyższym terminie powoduje utratę prawa do nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji.”

c) w ust. 7 po wyrazie „nabycia” dodać wyrazy „udziałów albo”;

d) w ust. 13 zmienić pkt 1, tak by prawo do nieodpłatnego nabycia akcji lub udziałów stanowiących nie więcej niż 15% kapitału zakładowego miały także osoby świadczące pracę w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilnoprawnych, w związku z czym pkt 1 otrzyma brzmienie:

„1) osoby będące w dniu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pracownikami tego zakładu lub osobami zatrudnionymi w tym zakładzie na podstawie innej niż umowa o pracę;”

e) po ust. 13 proponuję dodać ust. 13a w brzmieniu:

„13a. Udziały lub akcje nabyte przez uprawnionych pracowników nie mogą być zbywane przez okres 5 lat od dnia przekształcenia, o którym mowa w art. 57. Udziały te lub akcje mogą być przedmiotem dziedziczenia.”

39) w art. 63:

a) ust. 3 nadać brzmienie oraz skreślić ust. 5:

„3. Akt o połączeniu powinien zawierać w szczególności postanowienia o:

- 1) nazwie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia, w przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2;
- 2) przejściu mienia zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
- 3) zasadach odpowiedzialności za zobowiązania zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
- 4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 64 ust. 1 pkt 1 albo 2, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu;

5) nazwę i siedzibę zakładu przejmowanego albo nazwy i siedziby zakładów łączących się.”,

b) ust. 7 nadać brzmienie:

„7. Projekt aktu o połączeniu wymaga opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę każdego z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podlegających połączeniu.”,

c) ust. 9 nadać brzmienie:

„9. Przepisów ust. 7 i 8 nie stosuje się w przypadku wojewody, który jest podmiotem, który utworzył zakład, zamierzającym dokonać połączenia.”.

40) w art. 67 w ust. 1 wprowadzeniu do wyliczenia nadać brzmienie:

„1. Kierownik spełnia, w szczególności, następujące wymagania:”.

41) w art. 72 i 73 doprecyzować należy, iż chodzi tylko o publiczny zakład opieki zdrowotnej.

42) w art. 73 ust. 2 zaproponowano zakaz łączenie funkcji członka zarządu zakładu z inną działalnością, w tym zawodową; co również oznacza zakaz wykonywania zawodu medycznego np. przez pielęgniarkę, w związku z czym proponuję następujące brzmienie ust. 2:

„2. Funkcji członka zarządu, o którym mowa w ust. 1, nie można bez zgody organu nadzorczego tej spółki, łączyć z jakąkolwiek inną działalnością zawodową, z wyjątkiem działalności naukowej, dydaktycznej i publicystycznej oraz występowania w charakterze biegłego lub ławnika sądowego.“.

43) w art. 74:

- ust. 1 nadać brzmienie:

„1. Podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej może powierzyć zarządzanie tym zakładem osobie fizycznej lub prawnej, zwanym dalej „zarządcą”.

- skreślić pkt 4,

- w ust. 6 na końcu dodać wyrazy „, chyba, że umowa o zarządzanie stanowi inaczej.”,

- dodać ust. 7 w brzmieniu:

„7. Do zarządcy, o którym mowa w ust. 1, oraz do osoby wykonujące czynności zarządu w

imieniu zarządy, o którym mowa w ust. 5, stosuje się wymagania określone w art. 67 ust. 1.”

44) w art. 75 ust. 1 zdanie 2 należy skreślić.

45) art. 76 proponuję nadać brzmienie:

„Art. 76. 1. Kierownik medyczny zakładu zarządza zakładem pod względem diagnostyczno-leczniczym.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań kierownika medycznego zakładu, kierując się koniecznością zapewnienia sprawnego zarządzania działalnością diagnostyczno-leczniczą zakładu, w tym stałej wewnętrznej kontroli i oceny jakości świadczeń zdrowotnych.”

46) w art. 77 w ust. 2 zdaniu drugiemu proponuję nadać brzmienie:

„W tym okresie tymczasowy zarządca podejmuje wyłącznie czynności bieżącego zarządu oraz czynności, których zaniechanie mogłoby narazić zakład na niepowetowane straty oraz może podejmować czynności wykraczające poza ten zakres na podstawie szczególnego pełnomocnictwa podmiotu, który utworzył zakład”.

47) proponuję w art. 78 dodać ust. 3 w brzmieniu: „3. Do wspólnego zarządcy, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 74-77.”.

48) w art. 79 w ust. 2 pkt 3 proponuję nadać brzmienie:

„3) środkami uzyskanymi od zakładów ubezpieczeń;”.

49) proponuję rozszerzyć regulację rozporządzenia dotyczącego szczególnego rachunku kosztów także na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w zakresie w jakim korzystają one ze środków publicznych oraz uregulowanie jednolitego planu kont w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – w tym celu proponuję skreślić ust. 6 w art. 79 i po art. 79 dodać art. 79a w brzmieniu:

„Art. 79a. 1. Szczególne zasady rachunku kosztów, o których mowa w ust. 4 pkt 1, są obowiązane prowadzić:

- 1) publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 2) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w zakresie w jakim korzystają ze środków publicznych.

2. Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić jednolity plan kont, o którym mowa w ust. 4 pkt 2.

3. Zakłady, o których mowa w ust. 1, są obowiązane przedstawiać podmiotowi, który utworzył zakład sprawozdania w zakresie szczególnych zasad rachunku kosztów, o których mowa w ust. 4 pkt 1. Sprawozdania te podmiot, który utworzył zakład przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

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

1) szczególne zasady rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej wymienionych w ust. 1, a także wzory sprawozdań w zakresie szczególnych zasad rachunku kosztów oraz sposób i terminy ich przedstawiania,

2) jednolity plan kont w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

- kierując się potrzebą ujednoczenia sposobu ewidencji, kwalifikacji i identyfikacji kosztów ponoszonych w zakładach opieki zdrowotnej oraz zapewnienia przejrzystości planu kont.”.

50) w art. 80 po ust. 1 proponuję dodać ust. 1a w brzmieniu:

„1a. 1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskać również dotację, o której mowa w art. 91 ust. 8.”.

51) w art. 82 w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia proponuję skreślić wyraz „samodzielnego”

52) w art. 90 proponuję skreślić ust. 1, gdyż kwestię zarządzania spółką, w tym planowania finansowego należy pozostawić zarządowi spółki.

53) w art. 91:

a) w ust. 4 proponuję, aby pokrywanie ujemnego wyniku finansowego następowało co rok;

b) w ust. 5-7 proponuję skreślić wyraz „rozporządzenie”, ponieważ zgodnie z art. 49 projektu publiczny zakład opieki zdrowotnej tworzony, przekształcany i likwidowany jest w drodze zarządzenia albo uchwały.

54) w art. 108 na koniec pkt 7 należy dodać wytyczne, proponuję brzmienie: „uwzględniając specyfikę danego zawodu”.

55) po art. 108 proponuję dodać art. 108a w brzmieniu:

„Art. 108a. Przepisów art. 94 – 108 nie stosuje się do osób wykonujących zawód medyczny uregulowany odrębnymi przepisami.”.

56) w art. 109 w ust. 8 pkt 1 nadać brzmienie:

„1) nazwę zakładu opieki zdrowotnej;”

57) w art. 110 w ust. 2 pkt 1 nadać brzmienie:

„1) nazwę zakładu;”

58) po art. 112 dodać art. 112a w brzmieniu:

„Art. 112a. 1. Organ prowadzący rejestr może żądać zwołania nadzwyczajnego zgromadzenia wspólników albo nadzwyczajnego walnego zgromadzenia spółki prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, jak również umieszczenia określonych spraw w porządku obrad najbliższego zgromadzenia wspólników albo nadzwyczajnego walnego zgromadzenia, jeżeli na podstawie uzyskanych informacji organ ten uzna, że zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów.

2. Organ prowadzący rejestr jest organem państwowym określonym w art. 271 pkt 2 Kodeksu spółek handlowych w odniesieniu do spółki z ograniczoną odpowiedzialnością prowadzącej zakład opieki zdrowotnej.

3. Właściwy organ prowadzący rejestr jest obowiązany zawiadomić niezwłocznie sąd rejestrowy o wykreśleniu zakładu opieki zdrowotnej z rejestru.”

59) wydaje się, że w art. 116 ust. 1 i art. 117 ust. 1 należałoby doprecyzować, iż wojewodzie przysługuje kontrola w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa (tak, aby np.: Wojewoda Mazowiecki nie przeprowadzał kontroli w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym działalność na obszarze Województwa Zachodniopomorskiego); wskazane byłoby także dodanie w ust. 1 ww. artykułu pkt 2 określającego uprawnienie do kontroli w zakresie medycznym, co będzie korelowało z rozwiązaniem przyjętym w art. 117 ust. 1 pkt 1 określającym zamknięty katalog kryteriów, pod względem których przeprowadzana jest kontrola (tj. legalność, celowość i gospodarność).

60) w art. 116 proponuję skreślić ust. 4 i 5 oraz w art. 117 proponuję skreślić ust. 3-5 i po art.

117 dodać art. 117a w brzmieniu:

„Art. 117a. 1. Po przeprowadzeniu kontroli, o której mowa w art. 116 i 117, sporządza się protokół pokontrolny.

2. Na podstawie protokołu pokontrolnego minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda mogą przedstawić kierownikowi kontrolowanego zakładu opieki zdrowotnej zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, a w razie ich nieusunięcia wydają decyzję administracyjną nakazującą usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

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

1) sposób i tryb przeprowadzania kontroli w zakładach opieki zdrowotnej, uwzględniając szczegółowe warunki i tryb przygotowania i prowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, sporządzania protokołu kontroli oraz wystąpień pokontrolnych, możliwości składania zastrzeżeń lub odmowy podpisania protokołu oraz wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych, mając na uwadze konieczność sprawnego i bezstronnego przeprowadzania kontroli;

2) sposób zlecania kontroli, sposób finansowania oraz sposób wynagradzania za wykonywanie czynności kontrolnych, uwzględniając konieczność zapewnienia sprawnego i efektywnego przeprowadzenia kontroli.”

61) w art. 118 ust. 4 proponuję nadać brzmienie:

„4. Podmiot, który utworzył zakład, w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika zakładu opieki zdrowotnej, wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie, podmiot, który utworzył zakład, niezwłocznie odwołuje kierownika zakładu opieki zdrowotnej.”

62) w art. 119 oraz art.120 należałoby użyć zamiast pojęcia „podmiot sprawujący nadzór” pojęcia „podmiot, który utworzył zakład” – co byłoby zgodne z siatką pojęciową używaną w projekcie ustawy.

63) w związku z tym, że projekt ustawy - Przepisy wprowadzające ustawy w zakresie ochrony zdrowia wiąże się w znacznej części z projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pozwalam sobie przedstawić także propozycje zmian w tym zakresie:

- w art. 3 ust. 3 pkt 2 oraz w art. 4 ust. 2 i 4 wyrazy „art. 14” zastępuje się wyrazami „art. 109”;
- w art. 15 w pkt 1 w dodawanym ust. 7 wyrazy „art. 7” zastępuje się wyrazami „art. 10” a w dodawanym ust. 8 dwukrotnie występujące wyrazy „art. 13” zastępuje się wyrazami „art. 109”;
- w art. 24 należy skreślić pkt 4 – 10 (zmiany te są zbędne wobec tego, że po wejściu w życie ustawy będą mogły być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej),
- w art. 29 w zakresie dotyczącym zmian w Prawie upadłościowym i naprawczym proponuję zmianie zawartej w pkt 3 nadać brzmienie:

„3) w art. 316 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Przed sprzedażą przedsiębiorstwa upadłej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej albo upadłego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej syndyk zasięga opinii ministra właściwego do spraw zdrowia co do wpływu sprzedaży na sytuację na rynku świadczeń zdrowotnych i co do możliwości sprzedaży tego przedsiębiorstwa w sposób określony w art. 324a ust. 1.”

oraz dodać dodatkową zmianę oznaczoną jako pkt 3a w brzmieniu:

„3a) po art. 324 dodaje się art. 324a w brzmieniu:

„Art. 324a. 1. Jeżeli Rada Wierzycieli wyraziła zgodę, o której mowa w art. 323, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjna prowadząca publiczny zakład opieki zdrowotnej albo samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma pierwszeństwo w nabyciu przedsiębiorstwa upadłej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcyjnej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej albo upadłego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub zorganizowanej części tego przedsiębiorstwa nadającej się do prowadzenia działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Syndyk w pierwszej kolejności składa ofertę sprzedaży spółce lub samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, o których

mowa w ust. 1, wskazanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia w trybie określonym w art. 316 ust. 4. ”,

- w art. 31 w pkt 1 w lit. c wyrazy „pkt e” zastępuje się wyrazami „lit. e”;
- w art. 36 należy skreślić pkt 3, ponieważ przepisy te już weszły w życie i są zmieniane w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- w art. 37 wyrazy „art. 12” zastępuje się wyrazami „art. 11”.

II. Projekt ustawy o dobrowolnych i dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych:

1) w art. 4 proponuję uchylić ust. 3.

2) proponuję, aby art. 7 otrzymał brzmienie:

„ Art. 7. Świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy:

- 1) suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz
- 2) komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2- 3 gdy umowa zawierana jest przez osobę inną niż świadczeniobiorca w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- polega na zapewnieniu przez zakład ubezpieczeń dostępu do objętych umową świadczeń opieki zdrowotnej.”.

3) proponuję, aby art. 8 ust. 1 otrzymał brzmienie:

„Art.8.1. Świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, gdy umowa zawierana jest przez świadczeniobiorcę w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polega na pokryciu części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.”.

4) proponuję, aby art. 9 otrzymał brzmienie:

„Art.9. Umowa suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, którego stroną nie jest świadczeniobiorca w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenie zakładu ubezpieczeń obejmuje zapewnienie udzielania ubezpieczonemu świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, innych badań lub procedur medycznych związanych z udzielaniem tych

świadczeń, a także diagnostykę i leczenie powikłań wynikających z wykonanych procedur.”.

5) w art. 11 po wyrazie „zdrowotnego” proponuję dodać wyrazy „oraz o sposobie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach tej umowy”.

6) w art. 12 w ust. 1 należałoby po wyrazach rejestr ubezpieczonych zawierający dane osobowe ubezpieczonych, informacje o wpływach ze składek ubezpieczeniowych oraz informacje dotyczące realizowanych świadczeń, dodać wyrazy zwany dalej „rejestrem”. W konsekwencji możliwe będzie posługiwanie się w dalszej części ustawy dla oznaczenia tego rejestru wprowadzonym skrótem.

7) w art. 17:

a) w związku z regulacją projektu przekazującą nadzór nad Narodowym Funduszem Zdrowia Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (który sprawowałoby także nadzór nad zakładami ubezpieczeń w zakresie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego) proponuję odpowiednio rozszerzyć kompetencje Prezesa UNUZ. Wiązałoby to się ze wprowadzeniem dodatkowych zmian w art. 17 dotyczących ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w następującym zakresie:

- obecny pkt 1 oznaczy jako pkt 2 i dodać pkt 1 w brzmieniu:

„1) w art. 11:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 6 – 9,

b) uchyla się ust. 2”;

- po pkt 2 dodaje się pkt 2a – 2f w brzmieniu:

„2a) skreśla się występujące w art. 25 ust. 5, art. 27 ust. 4, art. 63 ust. 6 i art. 190 ust. 2 wyrazy „Prezesa Funduszu i”;

2b) w art. 26a skreśla się wyrazy „oraz Prezesa Funduszu”;

2c) skreśla się występujące w art. 27 ust. 2 i 3, art. 36 ust. 5, art. 37 ust. 2, art. 38 ust. 6, art. 42 ust. 4, art. 55 ust. 5 i art. 190 ust. 3 wyrazy „Prezesa Funduszu”;

2d) skreśla się występujące w art. 31 ust. 4, art. 33 ust. 5, art. 40 ust. 5 i art. 41 ust. 4 wyrazy „Prezesa Funduszu oraz”;

2d) skreśla się występujące w art. 40 ust. 4, art. 52 ust. 3, art. 119, art. 139 ust. 5, art. 151 ust. 7 „po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu,”;

2e) występujące w art. 90 ust. 2 i 2a, art. 121 ust. 3 w różnym przypadku wyrazy „minister właściwy do spraw zdrowia” zastępuje się wyrazami „Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych”;

2f) w art. 99 w ust. 1:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Rada Funduszu składa się z jedenastu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:”;

- dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.”;

b) w celu zapewnienia Ministrowi Zdrowia bezpośredniego wpływu na działalność Funduszu, proponuję wprowadzenie obowiązku ustalania „priorytetów zdrowotnych”, które będą musiały być uwzględnione i realizowane na poziomie planów finansowych; przyjęcie tej propozycji wiązałoby się ze zmianą art. 120 ust. 3, art. 121 ust. 4 i 5 oraz art. 123 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – w tym celu w projekcie ustawy w art. 17 proponuję wprowadzić pkt 3a – 3c w brzmieniu:

„3a) w art. 120 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3) Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca, uwzględniając w szczególności dostępne dane dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, określa priorytety w zakresie finansowania przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej na kolejne 3 lata i przekazuje je Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.”;

3b) w art. 121 ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zatwierdza plan finansowy Funduszu w terminie do dnia 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. W przypadku gdy Prezes Funduszu nie przekaze w terminie, o którym mowa w ust. 3, planu finansowego Funduszu, Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych ustala plan finansowy Funduszu do dnia 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.”;

3c) w art. 123 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku gdy plan finansowy Funduszu:

- 1) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu;
- 2) narusza prawo;
- 3) nie uwzględnia priorytetów, o których mowa w art. 120 ust. 3.

- Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych odmawia zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości, określając termin jej wprowadzenia nie dłuższy niż 7 dni.

2. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy Funduszu z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 1, i niezwłocznie przedstawia go Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w celu zatwierdzenia w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4.

3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1, Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w tym zakresie.”;

c) ponadto w związku z wyjaśnieniami zawartymi w lit. a proponuję dokonanie dodatkowych zmian w art. 17:

„3d) w art. 124 ust 3, 4 i 6 otrzymują brzmienie:

„3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.”;

3e) w art. 128 ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„ 4. Łączne sprawozdanie finansowe, o którym mowa w ust. 3, podlega badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

5. Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych może żądać dodatkowych danych dotyczących łącznego sprawozdania finansowego Funduszu.”;

3f) w art. 129 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych odnośnie sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.”;

3g) w art. 130 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.”;

3h) w art. 131 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.”;

d) ze względu na konieczność wprowadzenia wielu zmian redakcyjnych m.in. w zakresie odesłań w zmienianej w art. 17 ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych proponuję nie uchylać rozdziału VII tej ustawy i zamiast dodawać nowy rozdział VIIa, obecnemu rozdziałowi VII nadać nowe brzmienie; w przypadku przyjęcia tej propozycji pkt 4 w art. 17 otrzymałby następujące brzmienie:

„4) Dział VII otrzymuje brzmienie:

„DZIAŁ VII

Nadzór

Art. 162. 1. Tworzy się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, zwany dalej "Urzędem Nadzoru", jako urząd obsługujący Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych,

będącego centralnym organem administracji rządowej.

2. Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Prezes wykonuje swoje zadania przy pomocy dwóch wiceprezesów powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.

4. Zadaniem Prezesa Urzędu Nadzoru jest:

- 1) ochrona interesów ubezpieczonych i innych świadczeniobiorców;
- 2) sprawowanie nadzoru nad działalnością podmiotów, o których mowa w art. 164;
- 3) projektowanie aktów prawnych w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

5. Nadzór nad działalnością Prezesa Urzędu Nadzoru sprawuje **minister właściwy do spraw zdrowia**, stosując kryterium zgodności z prawem.

6. W zakresie funkcji nadzoru Prezes Urząd Nadzoru podlega jedynie ustawom.

7. Organizację Urzędu Nadzoru określa statut. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Urzędowi Nadzoru, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wykonywania zadań przez Prezesa Urzędu Nadzoru.

Art. 163. 1. Pracownicy Urzędu Nadzoru nie mogą:

- 1) być członkami organów Funduszu;
- 2) być pracownikami Funduszu;
- 3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 164 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 164. Prezes Urzędu Nadzoru sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:

- 1) Funduszu;

- 2) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem lub zakładem ubezpieczeń, o którym mowa w pkt 2,
- 3) podmiotów, którym Fundusz lub zakład ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 2 powierzyły wykonywanie niektórych czynności;
- 4) aptek, w zakresie refundacji leków;
- 5) zakładów ubezpieczeń wykonujących działalność ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 165. 1. Nadzór, o którym mowa w art. 164 pkt 5 dotyczy legalności, rzetelności i celowości działań zakładów ubezpieczeń w zakresie:

- 1) realizacji obowiązków określonych w ustawie o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych,
- 2) ochrony praw osób ubezpieczonych w zakresie zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Do wykonywania nadzoru, o którym mowa w ust. 1 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące nadzoru Prezesa Urzędu nad Funduszem i świadczeniodawcami.

3. Wydatki stanowiące koszty nadzoru, o którym mowa w art. 164 pkt 5, w wysokości określonej w ustawie budżetowej, są pokrywane z wpłat wnoszonych przez podmioty nadzorowane w wysokości i na zasadach określonych w odrębnych przepisach

Art. 166. 1. Prezes Urzędu Nadzoru bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu, oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:

- 1) narusza ona prawo lub
- 2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- 3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

2. Uchwały Rady Funduszy i decyzje Prezesa Funduszu Prezes Funduszu przekazuje Prezesowi Urzędu Nadzoru niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.

3. Prezes Urzędu Nadzoru sprawuje nadzór nad gospodarką finansową podmiotów, o których mowa w art. 164 ust. 1 pkt 1, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się do postępowania w sprawie zatwierdzenia planu finansowego, uchwał dotyczących sprawozdania finansowego, sprawozdań z wykonania planu finansowego oraz decyzji wydanych w wyniku wniesienia odwołania w trakcie

postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego oraz w sprawach wynikających z pełnienia funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Art. 167. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez redę oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Przepisy art. 166 stosuje się odpowiednio.

Art. 168. 1. W ramach nadzoru Prezes Urzędu Nadzoru jest uprawniony w szczególności do:

- 1) żądania udostępnienia mu przez podmioty, o których mowa w art. 164 pkt 1 - 4 dokumentów związanych z ich działalnością lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
- 2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na jego rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu;
- 5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.

2. Prezes Urzędu Nadzoru, przedstawiając pisemne żądanie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje termin jego wykonania.

3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń przez podmiot, o którym mowa w art. 164 pkt 1 - 4 prawa, statutu lub interesu świadczeniobiorców Prezes Urzędu Nadzoru powiadamia ten podmiot o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do

usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości, podmiot, o którym mowa w art. 164 pkt 1 - 4, informuje pisemnie Prezesa Urzędu Nadzoru o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 169. 1. W razie nieusunięcia przez podmiot, o którym mowa w art. 164 pkt 1 - 4 w wyznaczonym terminie nieprawidłowości, Prezes Urzędu Nadzoru może wystąpić do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów - o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu;
- 2) Prezesa Funduszu - o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:

- 1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 99 ust. 1, 5 i 6;
- 2) Prezes Funduszu powołuje nowego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 107 ust. 2 i 3.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, osoby odwołane do czasu powołania ich następców wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 170. 1. W przypadku naruszenia prawa, statutu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 168 ust. 1 pkt 1-4, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na Prezesa Funduszu lub lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odpowiedzialnych za te naruszenia lub nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 168 ust. 1 pkt 5, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 171. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, radę oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich

Funduszu, jeżeli uzna to za konieczne do prawidłowego sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, Prezes Urzędu Nadzoru bierze udział albo deleguje swojego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu podmiotów, o których mowa w ust. 1. Prezes Urzędu Nadzoru albo jego przedstawiciel jest uprawniony do zabierania głosu w sprawach objętych porządkiem obrad tych podmiotów.

3. Prezes Urzędu Nadzoru może wystąpić z pisemnym żądaniem, o którym mowa w ust. 1, określając termin, przed którego upływem posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, powinno się odbyć.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować Prezesa Urzędu Nadzoru o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.

5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub Prezes Urzędu Nadzoru nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, Prezes Urzędu Nadzoru może zwołać posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, na ich koszt.

Art. 172. 1. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 173. 1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 168 ust. 1 pkt 1-4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, Prezes Urzędu Nadzoru zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 168 ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę Prezes Urzędu Nadzoru może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 174. W przypadkach określonych w art. 171 ust. 1 i art. 172 Prezes Urzędu Nadzoru

może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3.

Art. 175. 1. Prezes Urzędu Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:

- 1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność jest zgodna z prawem, statutem 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. 164 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
- 4) aptek, w zakresie refundacji leków.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli Prezes Urzędu Nadzoru może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. Przepisy art. 64 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

3. Prezes Urzędu Nadzoru w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej "kontrolerem".

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

5. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu Prezesa Urzędu Nadzoru, mają prawo do:

- 1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;
- 2) swobodnego dostępu do:
 - a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,
 - b) środków łączności;
- 3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;
- 4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;
- 5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;

- 6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;
- 7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.

6. Kontroler nie może być jednocześnie:

- 1) pracownikiem Funduszu;
- 2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącego świadczeniodawcą, 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, który utworzył zakład opieki zdrowotnej;
- 7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959).

7. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:

- 1) pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;
- 2) kontrola dotyczy jego małżonka lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;
- 3) kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

8. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 7, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki i kurateli.

9. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 7 Prezes Urzędu Nadzoru wyłącza kontrolera na jego żądanie lub na wniosek jednostki kontrolowanej, jeżeli między nim a jednostką kontrolowaną zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności kontrolera.

10. Wyłączony kontroler powinien podejmować tylko czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes jednostki kontrolowanej.

Art. 176. 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler przedstawia w protokole kontroli.

2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.

3. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego

nieobecności - osoba przez niego upoważniona.

Art. 177. 1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy i w miarę potrzeby podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń - zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.

4. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 178. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa w art. 177 ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do Prezesa Urzędu Nadzoru.

2. Prezes Urzędu Nadzoru rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 179. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni od jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.

3. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.

4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 180. 1. Prezes Urzędu Nadzoru sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności jednostki kontrolowanej do przepisów prawa.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania Prezesa

Urzędu Nadzoru o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 169-173 stosuje się odpowiednio.

Art. 181. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do Prezesa Urzędu Nadzoru od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.

2. Prezes Urzędu Nadzoru rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.

3. Stanowisko Prezesa Urzędu Nadzoru jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 182. Minister właściwy do spraw zdrowia, po uzyskaniu opinii Prezesa Urzędu Nadzoru, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 183. 1. Do postępowania przed Prezesem Urzędu Nadzoru w zakresie nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach, o których mowa w art. 166 ust. 1, 167, 168 ust. 3, 170, 172 i 173, Prezes Urzędu Nadzoru wydaje decyzje administracyjne.

Art. 184. 1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 170, 172 i 173, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy Prezes Urzędu Nadzoru jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 185. Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 186. Prezes Urzędu Nadzoru powiadamia podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 187. Osoby wykonujące w imieniu Prezesa Urzędu Nadzoru czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą:

1) być członkami organów Funduszu;

- 2) być pracownikami Funduszu;
- 3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 164 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 187a. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie Prezesowi Urzędu Nadzoru, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania Prezesa Urzędu Nadzoru, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.”,

8) proponuję uchylić art. 18 zawierający zmiany w ustawie o nadzorze nad rynkiem finansowym (nie ma bowiem potrzeby by – skoro tworzy się instytucję Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych - w Komisji Nadzoru Finansowego był przedstawiciel Ministra Zdrowia).

2 pominięte

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Krzysztof Grzegorek



OGÓLNOPOLSKIE POROZUMIENIE ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

00-924 Warszawa, ul. Kopernika 36/40, tel. (0-22) 551-55-00, fax (22) 551-55-01

NIP: 526-025-13-39

REGON: 001133016

KRS: 0000033976

OPZZ/WT/RG/ 136 / 2008

Warszawa, dnia 10 marca 2008r.

Pan

Lech CZAPLA
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

W odpowiedzi na przekazany do Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych:

- poselski projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych –

uprzejmie przekazuję w załączeniu opinię OPZZ do niniejszego projektu ustawy.

Z poważaniem

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 14.03.08

Opinia
Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
do poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych
ubezpieczeniach zdrowotnych

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych przeprowadziło szerokie konsultacje społeczne wśród ogólnokrajowych organizacji członkowskich zrzeszonych w centrali OPZZ do **poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** grupy posłów wnioskodawców Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska, przekazanego przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu RP z dnia 22 stycznia 2008r. Wynikiem konsultacji społecznych jest przedłożona poniżej opinia do przedmiotowego projektu:

Na wstępie niniejszej opinii – OPZZ zwraca uwagę na kilka aspektów natury ogólnej, dotyczącej zarówno trybu prac nad poselskimi projektami przekazanymi do zaopiniowania jak też kierunków zmian systemowych stanowiących materię **poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych**:

1. Przedłożenie do konsultacji społecznych 3 projektów ustaw systemowych przekazanych przy piśmie Marszałka Sejmu RP tj.: ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych - jako **projektów poselskich, a nie rządowych** zostało odebrane przez organizacje związkowe zrzeszone w OPZZ jednoznacznie negatywnie. W naszej ocenie projekty ustaw, w szczególności te, które wytyczają bardzo głębokie zmiany w systemie ochrony zdrowia oraz kreujące nowatorskie rozwiązania systemowe powinny stanowić przedłożenia rządowe rekomendowane przez rząd do dalszych prac w Parlamencie.

Wobec powyższego – OPZZ wyraża nadzieję i przekonanie, iż kolejne projekty aktów prawnych reformujących system ochrony zdrowia w Polsce będą przedkładane przez stronę rządową w trybie powszechnie przyjętym jako projekty rządowe.

2. Problematyka związana z **dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi** wzbudza od dłuższego czasu powszechne zainteresowanie społeczne, także wśród organizacji związkowych reprezentujących środowisko pracownicze. Faktem jest

także coraz większa akceptacja i przyzwolenie społeczne na wprowadzenie tego rodzaju ubezpieczeń zdrowotnych. Tym bardziej projekt ustawy normujący to nowatorskie rozwiązanie w systemie ochrony zdrowia jest przedmiotem szczególnego zainteresowania i oczekiwania ze strony naszej centrali.

Niemniej jednak **koncepcja uregulowania ustawowego w zakresie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego przedstawiona w poselskim projekcie ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** wzbudza wiele wątpliwości i wydaje się, iż na obecnym etapie kondycji finansowej i organizacyjnej systemu ochrony zdrowia jest realizacja może skutkować znacznymi kosztami, również społecznymi.

Wątpliwości w tym przedmiocie - w dalszej części niniejszej opinii.

3. Przedmiotowy projekt ustawy dotyka zakresem proponowanych zmian inne regulacje, w tym m.in. **ustawę z dnia 4 marca 1994r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych** (Dz. U. z 1996r. Nr 70, poz. 335, z późn. zm.).

Nowelizacja ustawowa stwarzająca pracodawcy możliwość dopłat do dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych była podstawą bardzo szerokiej debaty wśród organizacji związkowych zrzeszonych w OPZZ. Większość opinii, mając na uwadze dotychczasowe przeznaczenie funduszu odnośnie korzystania z jego środków, wyraziła poważne obawy wobec tej propozycji, nawet przy założeniu, iż ma ona charakter fakultatywny. Obszar ten będzie przedmiotem rozważań w dalszej części.

4. Propozycja powołania nowej jednostki (a właściwie jego reaktywacja) czyli **Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych** jest bardzo poważną zmianą systemową i choć nie należy podważać zasadności przyjęcia docelowo takiego rozwiązania, wydaje się, iż w pierwszej kolejności należałoby rozważyć czy jest to rzeczywiście priorytet do wprowadzenia w obecnym porządku organizacji systemu ochrony zdrowia.

Przywołane powyżej obszary stanowiące znaczną zawartość poselskiego projektu ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych i składające się na koncepcję dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w wersji zaprezentowanej przez projektodawców będą przedmiotem poniższej opinii:

Ad. 1)

Koncepcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia.

Zasadniczym obszarem wątpliwości odnośnie całościowej koncepcji dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych przedstawionej w projekcie ustawy jest założenie, na jakim oparto podział na poszczególne zakresy świadczeń opieki zdrowotnej mające objąć dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne tj. gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie, częściowo gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej oraz niegwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej.

Koncepcja dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych rozumianych – zgodnie z projektem ustawy - jako **komplementarne ubezpieczenia zdrowotne i suplementarne ubezpieczenia zdrowotne** jest niejasna i mało transparentna, m.in.:

- brak jest czytelnego i precyzyjnego zdefiniowania, jakie świadczenia będą włączone w zakres suplementarnych bądź komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz częściowo gwarantowanych lub niegwarantowanych;
- brak wyraźnego określenia zakresu oraz kryteriów będących podstawą do określania poszczególnych grup świadczeń wzbudza niejasności, które z nich mają być finansowane przez obecnego płatnika - Narodowy Fundusz Zdrowia, a które przez zakłady ubezpieczeniowe;
- błędne i absolutnie nie do przyjęcia jest założenie projektodawców dające możliwość świadczeniobiorcy zrzecania się prawa do korzystania z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, przy korzystaniu ze suplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wprowadzenie takiego rozwiązania przy obecnym chaosie organizacyjnym i nie najlepszej sprawozdawczości nie wydaje się zasadne, zaś z punktu widzenia ubezpieczonego powstają pytania o zachowanie zasady równości i dostępności do świadczeń przy wyborze którejkolwiek z opcji ubezpieczenia zdrowotnego;
- projekt nie zawiera żadnych regulacji gwarantujących, iż przy zawarciu suplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc przy zrzeczeniu się prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, otrzyma analogiczny zakres świadczeń jak w ubezpieczeniu w NFZ;

- brak jest przede wszystkim wyraźnego określenia relacji pomiędzy poszczególnymi rodzajami ubezpieczeń zdrowotnych i oferowanych w ich ramach świadczeń - czy suplementarne ubezpieczenie zdrowotne (zgodnie z intencją projektodawców zastępujące powszechne ubezpieczenie zdrowotne) determinuje zawarcie komplementarnego ubezpieczenia zdrowotnego? A w związku z tym czy brak ubezpieczenia komplementarnego daje gwarancję otrzymania przez pacjenta wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, również drogich wysokospecjalistycznych procedur medycznych, które ubezpieczony otrzymuje w ramach systemu puz?
- powyższe wątpliwości potwierdza przepis, iż zakres przysługujących ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych jest określany w umowie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W praktyce oznaczać to będzie różnicowanie dostępności świadczenioborców do poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, w zależności od wysokości polisy ubezpieczenia dodatkowego zawartej z zakładem ubezpieczeniowym. Ponadto z punktu widzenia systemowego – Narodowy Fundusz Zdrowia będzie traktowany jako „gorszy” płatnik finansujący najbardziej kosztowne procedury, ale jednocześnie ubezpieczający świadczenioborców, których nie będzie stać na wykupienie dodatkowych polis ubezpieczenia dodatkowego.
- projekt zawiera wiele niespójności, jedną z nich jest np. przepis stanowiący, iż komplementarne ubezpieczenia zdrowotne są zawierane wyłącznie ze świadczeniobiorcą, po czym w innym miejscu dopuszcza się zawieranie tej umowy ze stroną inną niż świadczeniobiorca.

Powyższe niektóre uwagi o charakterze ogólnym są zaledwie częścią wątpliwości odnośnie przedstawionej koncepcji dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w wersji zaproponowanej przez projektodawców. **Podstawy budowania ustawowej koncepcji dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na zasadzie dobrowolności powinny opierać się na jasnych i czytelnych zasadach, czego przede wszystkim zabrakło w obecnym przedłożeniu ustawy.**

W ocenie OPZZ punktem wyjścia do określenia płaszczyzny funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych powinno być określenie **koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych** czyli katalogu procedur finansowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Przy czym należy wyraźnie

podkreślić, iż o wiele bardziej istotnym jest określenie zasad i kryteriów będących podstawą do włączania lub wyłączenia określonych procedur medycznych z koszyka gwarantowanego niż enumeratywny (choć równie istotny) katalog tych procedur. Tym sposobem zostanie m.in. zrealizowany konstytucyjny wymóg określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez władze publiczne - jako gwarancja państwa wraz z zapewnieniem równego dostępu do tych świadczeń (art. 68 ust.2 Konstytucji RP). Koszyk świadczeń gwarantowanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powinien być wiodący i podstawowy (wraz z wyceną, standardami i kryteriami włączania tych świadczeń do koszyka).

Przestrzenia, w której mogłyby funkcjonować dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne byłby ten katalog świadczeń, który znalazłby się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych – przy jednoczesnym zabezpieczeniu i uszczelnieniu regulacji, iż korzystanie ze świadczeń dodatkowych nie będzie naruszać praw osób korzystających wyłącznie ze świadczeń gwarantowanych i przepisów o listach oczekujących na świadczenia zdrowotne. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – przynajmniej w początkowym etapie ich wprowadzania powinny być rozumiane jako: *ponadstandardowe* (za wyższy standard - usługi hotelowe oraz np. za wyższą jakość świadczeń) lub jako *uzupełniające* (na zakres świadczeń nieobjętych gwarancją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego czyli znajdujących się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych).

Konkludując:

Wydaje się, iż w najbliższej przyszłości dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne staną się faktem i zostaną wprowadzone – jako związki zawodowe nie negujemy ich potrzeby i zasadności. Opowiadamy się także za docelowym wprowadzeniem konkurencji płatnika świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak w naszej ocenie, w kontekście organizacyjno – finansowym system ochrony zdrowia nie jest przygotowany na takie zmiany jakie proponuje przedłożony projekt ustawy.

Ad. 2)

Nowelizacja ustawy o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych

Zmiany zaproponowane w art. 15 poselskiego projektu ustawy, w zakresie nowelizacji części ustawy z dnia 4 marca 1994r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych budzą poważne obawy w ocenie organizacji związkowych zrzeszonych w

OPZZ. Ustawodawca stwarza pracodawcy możliwości dopłaty do dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego ze środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt na charakter tworzenia zfsś oraz jego przeznaczenie:

- zakładowy fundusz świadczeń socjalnych nie jest ma charakteru obligatoryjnego – tworzony jest u pracodawców zatrudniających według stanu na dzień 1 stycznia danego roku co najmniej 20 pracowników. Tym samym przeznaczenie środków z funduszu na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne będzie dotyczyło tylko tych pracodawców u których fundusz jest tworzony, już na wstępie różnicując pacjentów (pracowników) w zakresie możliwości dofinansowania z jego środków dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- znacznie poważniejszym argumentem przemawiającym za bezzasadnością tej propozycji jest przeznaczenie funduszu czyli jego „socjalny” charakter, w szczególności w zakresie udzielania pomocy materialnej, rzeczowej lub finansowej (wskazanej w definicji „działalności socjalnej”) niż finansowanie bliżej niedookreślonych pakietów medycznych, których finansowanie jest już i tak dzisiaj realizowane przez pracodawców;
- o wiele bardziej zasadne byłoby rozważenie możliwości wprowadzenia różnego rodzaju ulg czy odliczeń podatkowych w obszarze dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych niż sięganie do środków finansowych zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Intencją tej propozycji jest wprowadzić fakultatywność finansowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ze środków zfsś, jednak w ocenie związków zawodowych należy poszukać innego źródła niż finanse funduszu.

Ad.3)

Powołanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych

OPZZ bardzo ostrożnie podchodzi do propozycji powołania nowej jednostki projektowanej w poselskim projekcie ustawy, jaką jest Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. W artykule 13 wskazuje się, iż nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń w zakresie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych sprawuje Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Nie kwestionujemy, iż transparentność, przejrzystość ale przede wszystkim kontrola przepływu środków finansowych (publicznych i prywatnych) wydatkowanych

na świadczenia zdrowotne to jeden z niezbędnych warunków racjonalnej gospodarki finansowej systemu ochrony zdrowia. Należy jednak rozstrzygnąć czy powołanie nowej instytucji jest najlepszym z możliwych rozwiązań w zakresie nadzoru nad systemem ochrony zdrowia, zarówno obecnym – powszechnym, jak też w przyszłości nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnym. Ponadto funkcje nadzorcze UNUZ w zakresie kontroli płatnika czyli Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniają także charakter obecnie sprawowanej kontroli Ministra Zdrowia nad działalnością NFZ co także wymaga rozważenia zasadności tej propozycji.

W ocenie OPZZ bardziej zasadne byłoby jak najszybcze przygotowanie, uchwalenie i wdrożenie Rejestru Usług Medycznych oraz elektronicznej ewidencji świadczeń opieki zdrowotnej niż powoływanie nowej nadzorczej jednostki powołującej częściowo kontrolne funkcje obecnego płatnika.

Ponadto brak wskazania w projekcie ustawy Oceny Skutków Regulacji pozwala wnioskować o bezpłatnym charakterze UNUZ i jego społecznej działalności.

Oceniając kompleksowo przedłożony projekt ustawy Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych nie kwestionuje zasadności uregulowania w randze ustawy obszaru obejmującego problematykę ubezpieczeń dodatkowych niemniej jednak przedstawioną koncepcję oceniamy jako wysoce niedoskonałą i opartą na niewłaściwych założeniach. Wprowadzenie jej w życie pogłębi chaos finansowy i organizacyjny, a wśród pacjentów – nierówność w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Łączę wyrazy szacunku

